

RELATÓRIO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

A Importância da Avaliação da Dor

Magda Teresa Martins dos Santos

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

2012

O presente Trabalho Académico
não foi redigido segundo o Novo
Acordo Ortográfico

A Autora

“Juro pelos meus antepassados, pelas forças da Natureza e por todos os dons e riquezas desta vida que em todos os meus actos preservarei e respeitarei a Vida do meu paciente.

Sentar-me-ei ao seu lado e ouvirei as suas queixas, suas histórias e seus anseios;

Cuidarei, reunindo todos os recursos de uma equipa multiprofissional, para que ele se sinta da melhor forma possível, importando-me sempre em tratar o que o incomoda, usando apenas os recursos necessários e imprescindíveis para isso;

Não o abandonarei e estarei ao seu lado até ao seu último instante;

Farei, silenciosamente, nossa despedida, desejando-lhe amor e sorte na sua nova morada;

Zelarei pelo seu corpo e consolarei sua família e pessoas queridas após a sua partida, permitindo-lhe que vá com segurança e tranquilidade;

Por fim falarei de amor e com amor.

E, aprenderei, com cada paciente, a amar cada vez mais. Incondicionalmente”

(Maciel, 2007)

Agradecimentos

A todos os que directa ou indirectamente contribuíram para a concretização deste Projecto, o meu bem-haja, nomeadamente a:

- Profissionais do “Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Area de Salud de C.”;
- Profissionais da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos B.;
- Profissionais da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de O.;
- Profissionais do Serviço de Urgência Básica de E.;
- Profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade de E.;
- Funcionárias da Biblioteca da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias;
- À minha companheira de Jornada, Valentina Santos;
- À Professora Paula Sapeta pela sua preciosa orientação, apoio e atenção dedicada;
- À minha família pelo apoio total e incondicional.

Sem vós não seria possível concretizar mais esta Etapa.

Bem-hajam!!!

Resumo

Trabalho académico realizado no âmbito do 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias, sob orientação da Professora Doutora Paula Sapeta tendo como temáticas centrais a Avaliação da Dor e reflexão crítica sobre a Prática Clínica desenvolvida em Serviços de Cuidados Paliativos. A realização do presente trabalho visa a obtenção do grau de Mestre.

Pelo facto de exercer funções em contexto comunitário, achei que a opção mais coerente e plausível para a realização da Prática Clínica seria a de optar por Equipas que desenvolvessem o seu trabalho também em contexto comunitário, de forma a permitir-me uma melhor assimilação, esquematização e adaptação dos seus contextos ao meu, tornando a partilha de experiências ainda mais enriquecedora e uma mais-valia para o meu desempenho profissional. Assim, desenvolvi a Prática Clínica numa Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos espanhola e numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos portuguesa.

O ensino clínico é fundamental no processo de aprendizagem do aluno, dado que permite, em conjunto com os outros Profissionais de Saúde, desenvolver conhecimentos e capacidades nas várias vertentes do saber.

Durante a Prática Clínica foi desenvolvido um Projecto de Intervenção subordinado ao tema “Avaliação da Dor”, a implementar no respectivo Local de Trabalho.

A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo pelo que a melhor definição será sempre a de que dor é aquilo que o doente diz que sente (Serrano-Atero et al, 2002). Segundo a APCP (2006) todos os Serviços que prestem cuidados a doentes com doenças incuráveis e progressivas têm por missão satisfazer as necessidades dos doentes e famílias, respondendo de forma efectiva às necessidades identificadas, sendo a definição de critérios de qualidade crucial para a melhoria das práticas desenvolvidas, assim como para a uniformização de cuidados prestados.

A Avaliação da dor deverá ser considerada uma prioridade vital para quem presta cuidados, ainda mais em Cuidados Paliativos, sendo de extrema importância a sua avaliação e monitorização, assim como o registo dessa avaliação, pois só o seu correcto registo permitirá espelhar essa mesma avaliação.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Dor; Avaliação da Dor; Controlo de Sintomas.

Abstract

Academic work developed in the scope of the First Palliative Care Master of the Superior School of Health Doutor Lopes Dias, under the guidance of Professor Paula Sapeta having the Pain Assessment and a critical reflection about Clinical Practice developed in Palliative Care Teams as main themes. The present work aims to obtain the Master degree.

Because I work in a community context, I found a more coherent and plausible option to realize Clinical Practice with Teams which also develop its work in a community context to allow me a better assimilation, layout and adjustment their settings to my experience, turning the sharing of experiences even more enriching and an asset to my professional performance. So I developed Clinical Practice with a Spanish Support Team in Palliative Care and a Portuguese Community Support Team in Palliative Care.

Clinical training is crucial in the process of student learning, since it allows, with other Health Professionals to develop knowledge and skills in the various aspects of the learning process.

During Clinical Practice I developed an Intervention Project entitled “Pain Assessment” to implement in my work place.

The IASP defines pain as an unpleasant and multidimensional experience. Involving not only sensorial but also emotional components, which is associated with actual or potential tissue damage or is described in terms of this lesion?

Pain is a variable that we cannot control since it's a symptom of subjective character, that's why the best definition is that pains is what patient says he feels (Serrano-Atero et al, 2002). According to the APCP (2006) all Services which provide care to patients with incurable and progressive diseases are responsible for meeting the needs of patients and families, responding effectively to the identified needs. The definition of quality criteria is crucial for the improvement of the developed practices, as well the standardization of care.

Pain Assessment should be intended as a critical priority to those who provide care, specially in Palliative Care, where it is extremely important to evaluate and monitoring pain, as well the assessment registration, since only its correct record will reflect that assessment.

Keywords: *Palliative Care; Pain; Pain Assessment; Symptom Control.*

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de Figuras	ix
Índice de Tabelas	x
Lista de Abreviaturas/Siglas	xi
Introdução	1
Parte I - Prática Clínica em Cuidados Paliativos	4
1. Caracterização das Equipas de Cuidados Paliativos	5
1.1. Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Area de Salud de C.....	6
1.2. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos B.....	9
2. Reflexão Crítica sobre a Prática Clínica.....	12
3. Competências Adquiridas em Cuidados Paliativos.....	32
3.1. Integra os princípios e a filosofia dos CP na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde	34
3.2. Analisa valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP.....	35
3.3. Avalia e alivia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica.....	36
3.4. Actua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade	39
3.5. Avalia e controla necessidades psico-sociais e espirituais dos doentes e família	39
3.6. Analisa em profundidade e actua como consultor em aspectos éticos, legais e culturais inerentes aos CP	40
3.7. Comunica de forma terapêutica com o doente, familiares e Equipa de Saúde.....	43
3.8. Implementa programas de luto para doentes e familiares	47
3.9. Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da Equipa de CP.....	51
3.10. Promove programas de formação em Cuidados Paliativos para diferentes Profissionais de Saúde.....	52
3.11. Estrutura e implementa programas em Cuidados Paliativos	53
3.12. Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados	53
PARTE II - Projecto de Intervenção	55
1. Projecto de Intervenção.....	56
Conclusão	63
Referências Bibliográficas.....	68

Apêndices.....	74
Apêndice I - Projecto de Preparação à Prática Clínica e Relatório	75
APÊNDICE II - Planeamento da Sessão de C	90
Apêndice III - Apresentação Powerpoint da Sessão de C.....	98
Apêndice IV - Planeamento da Sessão de B	112
Apêndice V - Apresentação Powerpoint da Sessão de B	124
Apêndice VI - Trabalho de Avaliação da Unidade Curricular 8	153
Apêndice VII - Planeamento da Sessão de E	162
Apêndice VIII - Apresentação Powerpoint da Sessão de E	170
Apêndice IX - Proposta de Folha de Registo de Avaliação da Dor.....	188
Apêndice X - Protocolo de Actuação para Avaliação da Dor	192
Apêndice XI - Folha de Avaliação da Sessão de E.....	208

Índice de Figuras

Figura 1 - Cronograma Prática Clínica (Versão Inicial)	5
Figura 2- Cronograma Prática Clínica (Versão final)	6

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Avaliação da Sessão de Formação	61
--	----

Lista de Abreviaturas/Siglas

APA	American Psychological Association
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
Coord.	Coordenação
CP	Cuidados Paliativos
DGS	Direcção Geral da Saúde
Dr.	Doutor
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa Coordenadora Local
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
Edit.	Editor(es)
EGA	Equipa de Gestão de Altas
ESALD	Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale
ESCP	Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos
<i>et al</i>	<i>et alli</i> , e outros
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
IASP	International Association for the Study of Pain
INCA	Instituto Nacional de Câncer
Min	Minutos
N.º	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGCP	Pós-Graduação em Cuidados Paliativos
PNCP	Programa Nacional de Cuidados Paliativos
Pp.	Página(s)
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SC	Subcutâneo
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SFAP	Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SUB	Serviço de Urgência Básica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Introdução

O presente documento surge no âmbito do 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, como condição para obtenção do grau de Mestre.

O Mestrado surge como seguimento natural da 2.ª Pós-Graduação em Cuidados Paliativos, tendo decorrido entre 16 de Janeiro de 2012 e 16 de Julho de 2012, com a duração de um semestre, contemplando 300 horas de Prática Clínica.

Foi-nos permitida a escolha dos contextos de Prática Clínica. Dado que exerço funções em contexto comunitário, achei que a opção mais coerente e plausível seria a de optar por Equipas que desenvolvessem o seu trabalho também em contexto comunitário, de forma a permitir-me uma melhor assimilação, esquematização e adaptação dos seus contextos ao meu, tornando a partilha de experiências ainda mais enriquecedora e uma mais-valia para o meu desempenho profissional.

Assim, optei por realizar 15 turnos no “Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Area de Salud de C.”, efectivados entre 20 de Fevereiro e 09 de Março de 2012 e realizei 10 turnos na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos B. entre os dias 09 de Abril e 20 de Abril de 2012. Para que pudesse obter uma experiência o mais enriquecedora possível, julguei ser pertinente realizar os turnos referidos sem interrupções, recorrendo para isso às férias pessoais e a horas extraordinárias realizadas no Local de Trabalho.

A escolha pelas referidas Equipas permitiu-me uma visão abrangente e muito rica de duas realidades próximas em termos geográficos, Portugal e Espanha, mas algo distantes em termos de funcionamento e organização. Esta situação veio a reflectir-se numa aprendizagem e assimilação de conhecimentos deveras extraordinária e possibilitadora duma reflexão mais alargada a nível organizacional das Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos.

Durante este processo de aprendizagem contínua pude contar com o apoio e orientação da Professora Doutora Paula Sapeta, tanto em contexto clínico, como em contexto educativo.

O ensino clínico é fundamental no processo de aprendizagem do aluno, dado que permite, em conjunto com os outros profissionais de saúde, desenvolver conhecimentos e capacidades nas várias vertentes do saber.

A elaboração deste relatório permitirá uma reflexão cuidada sobre o período de Prática Clínica e o trabalho desenvolvido, assim como competências adquiridas e objectivos cumpridos, conforme Projecto apresentado anteriormente (Apêndice I).

Assim sendo é pertinente salientar que o objectivo primordial deste documento será o de reflectir e espelhar, da forma mais real e aproximada, o percurso e trabalho desenvolvido ao longo da Prática Clínica. Todo o percurso clínico foi orientado e norteado pelos Objectivos Gerais que tinham sido traçados no início do processo e que volto a reafirmar:

- Compreender e aplicar os valores e princípios dos Cuidados Paliativos na minha prática assistencial;
- Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, bem como à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos Cuidados Paliativos, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;
- Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos Cuidados Paliativos;
- Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes Equipas de Cuidados Paliativos, em regime de internamento ou de apoio domiciliário, em Portugal e Espanha;
- Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de Estágio Clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da elaboração/efectivação de um Projecto de Intervenção em Cuidados Paliativos no meu Local de Trabalho.

Ao longo da minha vida pessoal e profissional tenho vindo a desenvolver um interesse muito demarcado na área dos CP, apostando em formação e em literatura na área, tendo sempre presente que os CP ganham maior relevância no aproximar do fim de vida ou no decorrer de um processo patológico crónico e que o seu objectivo principal é maximizar a qualidade de vida e conforto dos doentes que se aproximam do período final das suas vidas, aliviando-os do seu sofrimento e prestando-lhes cuidados holísticos, assim como às suas famílias (Harlos, 2005).

A ACP (2006) afirma que, apesar da pertinência e da efectividade demonstrada na humanização dos cuidados prestados em contexto paliativo, o que se verifica é que este tipo de cuidados ainda não se encontra divulgado de forma ampla e informada, não estando acessível à maior parte dos doentes e suas famílias que deles necessitam.

Ao desenvolver a minha actividade profissional em contexto comunitário e de proximidade com o doente e sua família, senti necessidade de aprofundar

conhecimentos e de adquirir competências e destreza técnica para melhor poder responder às solicitações e desafios que, a maioria das vezes, os doentes e suas famílias nos colocam. É de minha vontade poder contribuir de forma informada e qualificada às necessidades crescentes dos doentes e suas famílias com quem lido no meu quotidiano profissional, dando o meu contributo para a melhoria da qualidade de vida e conforto destes doentes e respectivas famílias.

Ao longo deste caminho, a reflexão que tenho vindo a exercer, permitiu-me reafirmar o meu papel enquanto Enfermeira, na busca incessante de conhecimentos e de aperfeiçoamento da minha “arte” e, em primeira instância, de todos aqueles que abraçaram a Enfermagem como modo de vida e que têm como tela o ser humano, aquele que necessita do nosso cuidado e atenção.

O presente documento encontra-se dividido em duas partes distintas. Numa primeira parte descreverei, num primeiro capítulo, os contextos onde exerci a Prática Clínica com a caracterização das Equipas; num segundo e terceiros capítulos irei explanar e aprofundar, de forma crítica, as competências adquiridas, actividades desenvolvidas e objectivos alcançados ao longo deste percurso. Por último, na segunda parte irei expor de forma mais detalhada o Projecto de Intervenção realizado no Serviço onde exerço funções.

Como forma de suporte conceptual ao presente documento, assim como para enriquecimento e aprofundamento de conhecimentos teóricos, privilegiei as fontes primárias de informação. Assim, recorri a publicações científicas disponíveis online, com recurso às bases de dados de referência e de texto integral como Biblioteca do Conhecimento Online (B-on), EBSCOhost - Research Databases, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), procura de teses de Mestrado e Doutoramento e uso do Google Académico. Consultei livros e artigos publicados em revistas científicas, considerando artigos escritos em inglês, espanhol e português.

Como forma de referenciação bibliográfica, e tendo em consideração que o presente trabalho académico se enquadra na área das Ciências da Saúde, optei pelo Estilo APA que segue as convenções estabelecidas pela American Psychological Association. Esta norma de referenciação bibliográfica segue o sistema Harvard autor-data usando apenas o apelido do autor seguido da data de publicação.

Parte I - Prática Clínica em Cuidados Paliativos

1. Caracterização das Equipas de Cuidados Paliativos

Como referido anteriormente, foi proporcionada total liberdade de escolha aos alunos do 1.º Mestrado de CP da ESALD, quanto às Equipas/Serviços que gostariam de integrar para desenvolver a sua Prática Clínica. A minha escolha recaiu sobre Equipas de Suporte Comunitário, já que é nesta área de intervenção dos Cuidados de Saúde Primários que desenvolvo a minha actividade profissional diária. Para além da área assistencial, optei por conhecer duas realidades geográficas diferentes, optando por uma Equipa Espanhola e por outra Equipa Portuguesa. Assim, desenvolvi a Prática Clínica no “Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Área de Salud de C.” (sob orientação e supervisão do Dr. R. P.) no período de 20 de Fevereiro a 09 de Março de 2012, de Segunda a Sexta-feira das 8 horas às 15 horas, num total de 15 turnos e na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos B. (sob orientação e supervisão da Enfermeira C. P.) no período de 09 de Abril a 20 de Abril de 2012, de Segunda a Sexta-feira das 9 horas às 17 horas, num total de 10 turnos. Optei, ainda, pelo desenvolvimento e implementação de um Projecto de Intervenção a realizar no meu local de Trabalho, Projecto inicialmente a implementar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de O. (Figura 1) mas que, por vicissitudes contratuais, foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade de E. em parceria com o Serviço de Urgência Básica de E., o meu actual contexto de Trabalho, no período de 12 de Junho a 03 de Julho de 2012, período correspondente a 12 turnos (Figura 2).

	Fevereiro				Março				Abril				Maio			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
ALUNA	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Magda Teresa Martins dos Santos			15							10			12			

LEGENDA  Equipa CP C (15 turnos)

 Equipa CP B (10 turnos)

 UCSP Ó (12 turnos)

Figura 1 - Cronograma Prática Clínica (Versão Inicial)

	Fevereiro				Março				Abril				Maio	Junho				Julho			
	Semanas				Semanas				Semanas					Semanas				Semanas			
ALUNA	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Magda Teresa Martins dos Santos			15							10											

LEGENDA

	Equipa CP C (15 turnos)
	Equipa CP B (10 turnos)
	UCC/SUB E (12 turnos)

Figura 2- Cronograma Prática Clínica (Versão final)

Seguidamente, apresentarei e caracterizarei de forma sucinta, ambas as Equipas que tive o privilégio de integrar.

1.1. Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Area de Salud de C.

A Equipa de Suporte de CP da Área de Saúde de C. é uma das oito Equipas integrantes do Programa MARCO desenvolvido pelo Serviço Estremenho de Saúde Espanhol. Assim, esta Equipa funciona desde 2002, integrada no Hospital “C. C.”. É uma Equipa de Suporte Misto, já que intervém tanto em contexto comunitário como em contexto hospitalar. A Equipa desempenha funções de assessoria, coordenação e seguimento directo de doentes e suas famílias, quer em meio hospitalar, quer em meio domiciliário.

A Equipa é constituída por 2 médicos (um a tempo parcial que reparte as suas funções entre esta Equipa e a Equipa de N., estando em C. às Quintas e Sextas-feiras), um Enfermeiro e um Psicólogo (a tempo parcial, que reparte as suas funções entre a Equipa de C. e a Equipa de P., estando em C. às Terças e Quintas-feiras). Sempre que se justifica a intervenção de um Técnico de Serviço Social, a Equipa articula-se com a Assistente Social do Hospital que conhece o funcionamento da Equipa e que acompanha, regularmente, os doentes seguidos pela Equipa.

O espaço físico encontra-se no Piso 0 do Hospital, é constituído por 4 salas amplas: gabinete médico, sala de tratamentos, gabinete de Psicologia e Gabinete de Enfermagem, com sala de espera independente e comum aos 3 gabinetes.

Como já referido, o seu horário de funcionamento é de Segunda a Sexta-feira entre as 8 horas e as 15 horas. Privilegia-se o contacto telefónico e a consulta em

regime de Consulta Externa, desde que o doente se possa deslocar ao Serviço. Acompanham-se os doentes hospitalizados, quer pela Equipa (que tem autonomia para hospitalizar utentes seguidos em Consulta ou em domicílio), quer os que tenham sido referenciados por outras especialidades médicas, realizam-se visitas domiciliárias. A Consulta de Psicologia está ao dispor não só do utente mas como de toda a sua estrutura familiar e de apoio. Sempre que se justifique e seja pertinente, o Psicólogo acompanha a restante Equipa ao domicílio.

O Processo Clínico de cada utente encontra-se em base informática disponível aos diversos profissionais da Equipa. Para além do registo informático, cada utente mantém um processo em papel, no qual consta cópia do registo informático e outras informações consideradas relevantes, nomeadamente o genograma familiar. Consta ainda uma cópia de todo o processo na História Clínica do Utente a nível geral hospitalar. O ficheiro em papel encontra-se dividido em “ficheiro activo” no qual constam todos os utentes com episódio de agudização, os utentes hospitalizados e novos ingressos. Do “ficheiro passivo” constam os utentes que se encontram estáveis, sem episódios de agudização e com controlo sintomático eficaz. Contudo, todos estes utentes são contactados via telefónica uma vez por semana.

No início de cada dia de trabalho, a Equipa faz uma revisão dos casos que estão em activo e planeiam as intervenções diárias. Normalmente, iniciam pelos contactos telefónicos agendados e pelas Consultas *in loco*, seguem depois para os pisos onde se encontram os doentes hospitalizados e, caso haja interconsulta solicitada, fazem uma primeira avaliação do utente e sua família e colaboram na estratégia terapêutica. Seguem depois para visitas domiciliárias. De referir que dada a dispersão geográfica, uma visita domiciliária pode implicar uma manhã ou tarde completa, sendo que apenas se realizam quando comprovadamente justificadas.

Relativamente ao contacto telefónico (fixo e móvel), este encontra-se acessível a todos os utentes e suas famílias, assim como aos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários que tenham a seu cargo utentes que careçam de intervenção por parte da ECSP de C. Este contacto está disponível entre o período de funcionamento da Equipa, sendo que a partir das 15 horas e até às 8 horas do dia seguinte, uma das 8 Equipas do Serviço Estrengthen de Saúde fica contactável via telefone para atendimento exclusivo a profissionais de saúde.

Uma vez por semana, preferencialmente quando se encontra a Equipa alargada, faz-se uma revisão de todos os processos, “activos e passivos”, discutem-se intervenções e opções terapêuticas e delineiam-se estratégias de acção.

A ESCP de C. rege-se pelos pressupostos e objectivos delineados pelo Programa MARCO, nomeadamente:

- Garantir CP aos doentes em situação terminal, sem distinção do tipo de enfermidade nem âmbito de actuação;
- Assegurar o direito do doente ao diálogo e informação sobre diagnóstico, prognóstico, plano de actuação... Garantir o seu direito de autonomia;
- Dar resposta às necessidades organizativas, assistenciais e formativas. Constituir uma rede de trabalho integrada e em estreita colaboração com os serviços de saúde existentes;
- As respostas devem ser equitativas e capazes de atender a todas as áreas geográficas e níveis assistenciais, oferecendo uma resposta eficaz aos problemas reais de cada área de saúde;
- Fomentar os profissionais para o trabalho em equipa multidisciplinar ao serviço do doente em situação terminal, independentemente do contexto assistencial em que se encontre. O objectivo será o de melhorar os cuidados prestados e assegurar a sua continuidade;
- Estabelecer medidas de melhoria assistencial e criação de recursos específicos adaptados às necessidades identificadas nos recursos já existentes;
- Os dispositivos assistenciais específicos devem ser considerados recursos de apoio, não só a nível assistencial, como a nível formativo, assessoria e coordenação entre diferentes níveis assistenciais;
- Desenvolver uma coordenação sociosanitária com os restantes programas de saúde vigentes no Serviço Estremenho de Saúde;
- Estabelecer *standards* de qualidade baseados nas funções e competências de cada um dos níveis assistenciais;
- Fomentar a formação como uma das estratégias mais importantes para o desenvolvimento de uma rede de trabalho em CP de qualidade.

(adaptado do Programa MARCO, pp. 37:2002)

A população-alvo da ESCP de C. é aquela que se encontra em situação terminal, assim como a sua família, com um prognóstico de vida limitado (inferior a seis meses), independentemente da patologia de base e quando acompanhado de sofrimento. O objectivo primordial será o de proporcionar alívio e conforto e promover a qualidade de vida. Deste modo acompanham doentes oncológicos em fase terminal com doença oncológica documentada, progressiva e avançada, com resposta nula ou limitada a tratamentos específicos e prognóstico de vida limitado; doentes com doença crónica avançada não oncológica, com limitações funcionais severas irreversíveis, provocadoras

de elevados índices de sofrimento e cujo prognóstico de vida se suponha limitado, com presença de sintomas complexos, variáveis ou suas complicações.

Em relação aos critérios de inclusão na Equipa, podem subdividir-se em critérios relacionados com o doente como sejam: dificuldade no controlo de sintomas e no alívio do sofrimento; escassa resposta à terapêutica convencional e que possa exigir tratamento complexo, seja pelos meios que envolve, seja pela complexidade psicossocial; dificuldades de adaptação emocional. Podem ainda considerar-se critérios relativos à família: dificuldades práticas, emocionais, de cuidados ou de adaptação à situação; risco de luto patológico; claudicação do cuidador informal.

Como já referi, a ESCP de C. é considerada uma Equipa de Suporte Misto. A nível do contexto comunitário destacam-se as actividades de apoio e assessoria aos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários no processo de cuidar de doentes em situação terminal; interconsulta e assistência directa aos doentes e famílias em contexto domiciliário, implementação de estratégias terapêuticas sempre que solicitado pelo profissional da comunidade; promoção de formação para a autonomia dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários para os CP; apoio na realização de técnicas no domicílio; coordenação entre níveis assistenciais como forma de assegurar a continuidade de cuidados. A nível do contexto hospitalar destacam-se o contribuir para o bem-estar do doente em situação terminal hospitalizado através do acompanhamento do caso ou de funções de assessoria; actuação directa quando solicitada pelos profissionais de outras Especialidades; facilitar a coordenação entre os cuidados diferenciados e o contexto comunitário; suporte para a formação de Profissionais em regime de tutoria.

Assim, a ECSP de C. movimenta-se numa área geográfica extensa, abrangendo cerca de 49.000 utentes, em qualquer contexto de Intervenção, desde que cumpridos os critérios de inclusão. A referenciação de utentes pode ocorrer por seguimento directo, por Especialidades médicas (nomeadamente Oncologia, Medicina Interna e Urgência), pelo profissional dos Cuidados de Saúde Primários ou por solicitação do utente/família.

1.2. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos B.

A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos B. é uma das várias Equipas reconhecidas pela APCP. É parte integrante da Administração Regional de Saúde do Alentejo. Tem a sua Sede no Centro de Saúde de B., em instalações partilhadas com outros profissionais da Instituição, nomeadamente a UCC e ECCI locais. Como é uma

Equipa inteiramente vocacionada para contexto comunitário, possui uma viatura própria que se encontra no estacionamento do Hospital J.J.F..

A Equipa está em funcionamento desde 2008 e conta com uma médica e enfermeira a tempo inteiro e em funções de coordenação, 6 enfermeiros distribuídos pelos vários concelhos, 2 psicólogas a tempo parcial e uma assistente social a tempo parcial. De referir que a Equipa abrange, não só concelho de B., assim como mais 9 concelhos vizinhos, o que lhe proporciona uma extensa área geográfica de actuação, tendo afecta 90 vagas para CP.

O seu horário de funcionamento é de Segunda a Sexta-feira entre as 9 horas e as 17 horas, mas devido à grande dispersão geográfica e ao elevado número de utentes e famílias que seguem, muitas vezes, esse horário é prolongado no tempo e pode incluir deslocações nocturnas e durante o fim-de-semana.

A sua actividade assistencial distribui-se entre visitas domiciliárias, atendimento telefónico e atendimento presencial não programado sempre que solicitado. A Equipa tem ainda funções de assessoria/consultadoria a profissionais de Saúde dos Cuidados Primários e Diferenciados, seguimento e interconsulta de doentes hospitalizados e consulta de apoio ao luto.

O Processo Clínico de cada utente encontra-se em base informática, acessível através da aplicação informática SAM para o médico e SAPE para os Enfermeiros.

O contacto telefónico está disponível 24 horas por dia, alternando o seu atendimento entre a médica e Enfermeira que se encontram a tempo inteiro na Equipa. Este contacto móvel está disponível a todos os utentes e suas famílias, assim como aos Profissionais de Saúde que pretendam contactar a Equipa. Dada a dispersão geográfica, a Equipa conta com a colaboração dos profissionais, maioritariamente Enfermeiros, das diferentes UCC/ECCI's dos vários concelhos onde se movimentam, nomeadamente no apoio terapêutico e respectiva administração em contexto domiciliário, assim como na manutenção dos acessos subcutâneos.

A Equipa alargada reúne uma vez por mês, em data predefinida na reunião anterior, ocorrendo a apresentação de todos os novos utentes admitidos nesse espaço de tempo, assim como todos os falecimentos ocorridos, estratégias terapêuticas e de intervenção. Existe sempre um espaço para formação da equipa, apresentada por um elemento da Equipa, seja como estudo de caso ou análise de artigos e discussão de novas evidências científicas na área dos CP.

Normalmente iniciam o dia de trabalho com um período de registos informáticos nos processos dos utentes visitados no dia anterior. Em seguida iniciam o processo de visita domiciliar, seja para revisão terapêutica, primeira avaliação e admissão, controlo sintomático, vigilância ou outra tipologia que se justifique. Entre deslocações, os profissionais da ECSCP aproveitam para realizar alguns dos contactos telefónicos

agendados e dão resposta telefónica às solicitações que vão surgindo. Caso aconteça uma situação de internamento de um utente seguido pela Equipa, antes da saída para visita domiciliária, a Equipa desloca-se ao Serviço de Internamento para avaliação do utente e para funções de assessoria à Equipa que segue o doente em regime hospitalar.

Os critérios de referenciação são muito semelhantes aos atrás descritos em relação à ESCP de C., nomeadamente: utentes com diagnóstico de doença oncológica avançada, sem perspectiva de tratamento curativo, com necessidade de controlo sintomático e que exijam intervenção específica, organizada e interdisciplinar. É importante que o doente tenha um cuidador capaz, como intermediário entre a Equipa e o doente. A área de residência do utente terá de se encontrar no raio de actuação da ECSCP B..

2. Reflexão Crítica sobre a Prática Clínica

No decorrer da Prática Clínica, vários foram os momentos de reflexão sobre os acontecimentos diários e de confrontação teoria/prática assistencial, fosse de forma individual ou em partilha com as Equipas.

Dedicarei antes de mais, a minha reflexão quanto à tipologia das Equipas que tive o privilégio de acompanhar. Apesar de ambas as Equipas terem uma organização e equipa multidisciplinar sólida, pareceu-me ser mais vantajoso o modelo de organização da ESCP de C., já que o facto de estar integrada numa estrutura hospitalar acaba por trazer algumas vantagens das quais destaco a proximidade com os utentes em situação de internamento, a possibilidade de funcionamento similar a uma Equipa Intra-Hospitalar, a facilidade no acesso a material consumível e terapêutico já que todas as estruturas funcionam no mesmo edifício. A facilidade de acesso a meios de diagnóstico auxiliares, nomeadamente a laboratório de Análises Clínicas, o que acaba por permitir uma intervenção mais precoce, especialmente em situações que exigem a intervenção da Equipa de Hematologia e consequente transfusão sanguínea do doente, o que lhe permite, numa só consulta com a ESCP, ser reavaliado, fazer análises e ser transfundido sem necessidade de deslocações adicionais aos Serviços de Saúde.

Este modelo de organização permite ainda uma referênciação muito mais acelerada, já que se um doente se encontrar no Hospital de dia e caso o Oncologista assim o entenda, pode referenciar o utente enquanto este completa o seu ciclo de tratamentos, sendo que, nestes casos, é a Equipa que se desloca à Unidade e faz uma primeira avaliação do utente e sua família. Destaco que, independentemente do local onde ocorra a entrevista/consulta ou conferência familiar, a procura de um espaço acolhedor e que permita a confidencialidade, é uma constante por parte das Equipas que cuidam dos detalhes ambientais e transmitem as más notícias conforme protocolado por Buckman.

Ambos os modelos organizativos destas Equipas cumprem os requisitos que o PNCP (2004) aponta, como sejam: cuidados prestados por equipas multidisciplinares com formação avançada em CP, com prestação directa de cuidados ou em funções de assessoria, acompanhando doentes internados, em ambulatório ou no domicílio, que precisem de cuidados diferenciados. Para além destes critérios cumprem ainda outros referidos pela APCP (2006) uma vez que o doente e sua família são envolvidos no processo de tomada de decisão; todas as intervenções se encontram documentadas e

em contínuo processo de reavaliação, assim como a procura pela qualidade dos cuidados prestados, investimento em formação e colaboração na formação de novos profissionais.

Sem dúvida de que o facto da ESCP de C. se encontrar em actividade há 10 anos e com uma Equipa estável e coesa há alguns anos é outro factor de extrema relevância para o desempenho das suas funções. Denota-se um elevado espírito de entreajuda entre os diferentes profissionais que constituem a Equipa, assim como uma complementaridade notória nas suas acções e intervenções. Esta coesão é deveras importante na constituição de laços de confiança entre a Equipa e os doentes e suas famílias já que, muitas das vezes, os doentes e família abordam individualmente os profissionais na busca de dissonâncias ou como forma de testar a informação que lhes é transmitida.

A formação avançada das Equipas tem também um papel preponderante uma vez que ao “falarem” todos a mesma linguagem e ao usarem a mesma metodologia, as respostas serão mais concisas e coordenadas, orientadas para as necessidades dos doentes e suas famílias. De facto, apesar de em sala de aula nos parecer conteúdo disperso e divisível, o que se observa em contexto prático é que todos os conceitos abordados se interligam e fazem parte de um todo maior que, aplicado de forma correcta, funciona e, efectivamente, permite dar resposta às necessidades dos doentes seguidos por estas Equipas.

Ainda relacionado com a formação avançada, foi possível verificar o quão relevantes são os conhecimentos em matéria de prescrição terapêutica, fármacos disponíveis, sua acção e efeitos adversos. Foi-me permitido observar a necessidade que o Enfermeiro tem de ser conhecedor exímio das intervenções farmacológicas, o que lhe permite complementar o trabalho médico e dar maior coesão às informações transmitidas ao doente e sua família. Além do mais, nem sempre o médico se torna o melhor interlocutor perante determinado doente ou família. Muitas das vezes a relação de confiança é estabelecida de forma mais vincada com o Enfermeiro. Assim sendo, este tem de ser capaz de responder às solicitações, dúvidas e questões, tanto do doente como da sua família. Como muitas vezes é este profissional que faz o atendimento telefónico, tem de estar capacitado para dar resposta a acertos terapêuticos necessários ou para suspender determinada terapêutica. Esta situação foi bastante visível aquando da minha permanência com a Equipa de B., uma perfeita sincronização de linha de acção e de pensamento entre Médica e Enfermeira, o que lhes permite rentabilizar e adequar de forma exímia as intervenções diárias e evitar algumas deslocações longínquas, já que conseguem, através de contacto telefónico, proporcionar alívio e qualidade de vida aos doentes e famílias que acompanham.

A formação e treino de perícias nas áreas-chave dos CP permite a identificação de situações, sinais e sintomas que possam passar despercebidos a um olho menos treinado

ou desconhecedor de processos específicos como sejam o da intoxicação opióide, caracterizada por delírio, alucinações, mioclonias, hiperalgesia e convulsões (Posada e López, 2011). O seu tratamento inclui a rotação de opióide, redução de dose, hidratação e uso de psicoestimulantes. Deparámo-nos com 2 situações em que ocorreu toxicidade opióide, uma em contexto hospitalar (enquanto acompanhávamos a ESCP de C.) e outra em contexto domiciliário (durante a permanência com a ECSCP de B.). As duas situações tiveram contornos diferentes mas é importante salientar que a Equipa que acompanhava o doente em internamento não teve capacidade para detectar a situação numa fase mais precoce, já que a mesma só foi detectada no início da manhã aquando da visita por parte da ESCP de C.. Apesar de exigir cuidados diferenciados, uma medida simples, como o reforço da hidratação via subcutânea ou endovenosa, poderia retardar os efeitos tóxicos dos opióides pautados, até intervenção da ESCP. Em relação à situação acompanhada pela ECSCP de B., a utente sofreu de toxicidade opióide devido ao agravamento do seu estado geral, o que levou a uma diminuição da ingestão hídrica e levou ao aumento da concentração no organismo do opióide. A situação apenas era detectável pela presença de mioclonias, que poderiam facilmente ser confundidas por tremores provocados por ansiedade ou outra patologia, já que a utente em causa não apresentava alucinações ou delírio, embora estivesse menos comunicativa. Como em Portugal não temos disponíveis a variedade de opióides que estão disponíveis em Espanha, a opção terapêutica passou pela redução da dose, reforço da hidratação com recurso a hipodermoclise, incentivo à ingestão de água por via oral, com reforço à família. Julgo ficar explícito na descrição destas duas situações, a importância do treino de competências e do conhecimento alargado dos efeitos adversos da terapia opióide, de forma a detectar de forma rápida a instalação de quadros de toxicidade opióide.

A relação entre a Equipa e doente/família é o factor de influência mais elementar na qualidade dos cuidados prestados já que constitui o núcleo básico de assistência e deve ser suportada por uma comunicação eficaz entre doente e equipa prestadora de cuidados.

Esta relação é um acto humano e, consequentemente, um acto essencialmente ético. Deverá estabelecer-se uma relação de respeito mútuo, de confiança, de colaboração que permita uma melhor acção cuidativa de forma a aumentar o bem-estar do doente e sua família através da partilha de objectivos pessoais, terapêuticos, sociais, espirituais e outros que possam ser traçados.

Uma intervenção multidisciplinar na área dos CP é mandatário, já que o sucesso destes cuidados requer a atenção para todos os aspectos do doente e do seu sofrimento, o que implica a prestação de cuidados por parte de vários profissionais, uma abordagem multidisciplinar.

Cada pessoa que intervém junto do doente terminal faz parte da equipa de cuidados, desde o médico, ao enfermeiro, auxiliar, fisioterapeuta, dietista, psicólogo, voluntários, família... A equipa vai surgindo com a contribuição de todos e de cada um, regular ou esporadicamente, para o bem-estar e dignidade do doente em fim de vida. A existência de um núcleo central na equipa mantém a coerência dos cuidados prestados, mas a colaboração de outros elementos é sempre importante e uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados. Esta realidade observou-se em ambas as Equipas onde permaneci. Além do Trabalho em Equipa multidisciplinar e interprofissional, há outros pressupostos que assumem uma importância substancial como sejam as reuniões frequentes da equipa pois, se cada elemento trabalhar independentemente dos outros, os cuidados prestados serão fragmentados e a família e doente receberão informação fragmentada e desconexa. Estas reuniões regulares permitem desenvolver um plano de cuidados para cada doente e família e a criação de elos de apoio entre os vários membros da equipa.

Face à crise do morrer, a equipa pluridisciplinar é confrontada com as suas incoerências, com os seus disfuncionamentos. Para evitar a simples justaposição de vários profissionais à volta do doente, a equipa deve empenhar-se na via da interdisciplinaridade. Isso implica dispôr de tempo para reflectir e articular as competências de cada membro para oferecer ao doente uma posição central no projecto de cuidados paliativos.

(SFAP, 2000:214)

Como já foi referido, o doente e sua família são, também, parte integrante da equipa e todos os objectivos traçados devem ter em conta o consentimento do doente e devem estar de acordo com os seus desejos. A família, como elemento fundamental na prestação de cuidados, deverá tomar parte integrante no desenvolvimento do plano de cuidados já que é ela que melhor conhece o doente e as suas opiniões e sugestões são valiosíssimas.

Apesar de tudo o que foi referido, trabalhar em equipa nem sempre é fácil, mesmo quando estamos todos de acordo de que esse trabalho é essencial em CP. Uma barreira que surge inúmeras vezes é a da comunicação. Esta não se processa de forma eficaz e leva a situações de incompreensão e conflito. Para a SFAP (2000), será necessário estabelecer um processo para organizar as transmissões de informação para que estejam acessíveis a todos os profissionais. Mas comunicar implica também manter relações adultas e estáveis no seio da equipa, tendo-se sempre em conta os seguintes tópicos:

- Respeitar a diferença, qualidades e competências de cada um;
- Definir as funções de cada um: coordenador, mensageiro... considerados bons indicadores da saúde da equipa;
- Reflectir e chegar a acordo sobre a melhor forma de gerir conflitos;

- Questionar-se sobre o espaço que existe para a expressão de emoções na relação cuidador/doente-família e cuidador/cuidador;
- Assumir a responsabilidade dos seus actos e intervenções;
- Participar na tomada de decisões que digam respeito ao doente a fim de melhor compreender os objectivos dos cuidados a prestar.

Outro tópico a não esquecer é o da necessidade de avaliação dos cuidados prestados. Daí a importância das reuniões de equipa para verificar se estão a atingir os objectivos traçados, se trabalham com coerência e qualidade, procurando compreender o que foi feito e o que deveria ter sido feito, analisando e reestruturando, ou redefinindo prioridades.

Para Astudillo, citado por Pereira e Lopes (2005), se reconhecermos os direitos do doente terminal e os respeitarmos, estaremos, por si só, a cumprir a nossa missão. Sendo assim deveremos considerar que o doente tem:

- Direito à verdade;
- Direito ao diálogo;
- Direito à esperança;
- Direito de exprimir os seus sentimentos;
- Direito de participar nas decisões médicas;
- Direito aos cuidados contínuos para um conforto físico e moral;
- Direito à morte tranquila;
- Direito a uma resposta honesta às questões;
- Direito à ajuda familiar e à ajuda da família na aceitação da morte;
- Direito de morrer em paz e dignidade;
- Direito de fazer uma opção médica, religiosa ou espiritual, mesmo que aparentemente contrarie as crenças de outros indivíduos.

Como dizia Kübler-Ross:

Aqueles que possuem a força e amor para se sentarem junto a um paciente moribundo, no silêncio que se estende para lá das palavras, saberão que esse momento não é assustador nem doloroso, mas a cessação pacífica do funcionamento do corpo. Assistir à morte em paz de um ser humano faz-nos recordar uma estrela cadente, uma de milhões de luzes que brilha durante um curto instante para se extinguir para sempre na noite sem fim.

(Kübler-Ross, citada por Pereira e Lopes 2005:95)

De facto, o doente tem direito a manter a sua esperança e vontade numa morte digna. Conceptualizando, “(...) Esperança é uma expectativa superior a zero de atingir um objectivo” (Twycross, 2003:33). A esperança surge como um conceito frequente para quem trabalha em CP, usualmente associada à palavra “realista”. Quando o doente é confrontado com a doença, ainda para mais grave e progressiva, vê cair por terra alguns dos objectivos que tinha traçado a longo prazo. Angustiado por esta situação,

procura apoio e compreensão por parte da família e dos Profissionais que o acompanham. O delinear objectivos é importante para todos nós, como força de acção que nos leva a procurar a sua concretização.

Assim, será importante que o doente estabeleça objectivos realistas, que possam ser atingidos, diminuindo o espaço de tempo para a sua concretização definindo objectivos a curto prazo. A esperança surge, muitas vezes, associada à crença/acreditar em algo. Twycross (2003) refere que o doente que se aproxima da morte tende a focar a sua esperança nas suas relações interpessoais, na sua relação espiritual/religiosa com um ente superior ou uma força maior, assim como procura mais “ser” do que conquistar. Watson et al (2010) referem que é legítimo que o doente mantenha esperança numa morte serena e digna, na felicidade dos que lhe sobrevivem, assim como desejar que sejam apoiados e, em última instância, desejar que o seu percurso de vida possa ser inspirador e útil e que perdure na memória daqueles que mais amou.

Associada à esperança, surge a qualidade de vida, enquanto um dos objectivos primordiais na prestação de cuidados ao doente e sua família. A melhor estratégia será avaliar a qualidade de vida do doente e assegurar que este receba cuidados integrados e direccionados para que possamos maximizar a sua qualidade de vida (Watson et al, 2010). Twycross (2003) defende que esta está relacionada com o grau de satisfação que a pessoa sente com a sua vida, sendo um conceito subjectivo e único para cada um de nós, influenciado pelas múltiplas dimensões da nossa personalidade e pelas nossas experiências e construções de vida.

“(…) Se realmente quiseses ajudar alguém, primeiro deves descobrir onde ela se encontra. Se não conseguires fazer isso, será apenas uma ilusão se pensas que podes ajudar outro ser humano. Ajudar alguém implica que percebas mais do que aquilo que ele faz, mas antes de mais, tens de entender/perceber aquilo que ele entende/percebe”

(Watson et al, 2010:51)

A possibilidade de poder assistir ao discurso de uma doente que, segundo ela, estava em paz consigo mesma e com a sua vida foi, para mim, um dos momentos mais marcantes durante a Prática Clínica. A sensação de que, efectivamente, podemos marcar a diferença na vida de uma família, que podemos ajudar e proporcionar qualidade, dignidade, conforto e, ao mesmo tempo, esperança, é motivo de regozijo para qualquer profissional, ainda mais para quem trabalha em CP, área que lhes exige uma capacidade de resiliência e de gestão de sentimentos eficaz. A utente e sua família reconheciam o mérito e capacidade de resposta da ECSCP de B., assim como o esforço que dispendiam para que ela se sentisse confortável e apoiada. Foi deveras marcante a descrição que esta senhora fez do seu percurso de vida, que referia ter sido feliz, junto do seu marido e filhos, que era muito “coquete” e que retirava prazer dos pequenos momentos de cada dia. Que a doença, numa primeira fase, lhe retirou as forças e

vontade de lutar, mas que depois de ter ultrapassado o choque e de lhe terem “retirado as dores”, tinha conseguido achar um novo sentido para a sua vida, traçando metas próximas e agradecendo de cada vez que as atingia. Esta senhora reformulou os seus objectivos de vida de forma realista, contudo, mantinha um que, dada a sua situação clínica, era impossível de concretizar. Emigrante durante algumas décadas em Paris, acalentava a esperança de poder regressar para “matar saudades”.

Esta situação exigiu da Equipa muito trabalho e apelou à sua criatividade, já que possibilitaram o “regresso” da utente à sua “querida Paris”, através da projecção de imagens da cidade, as quais a senhora e o marido enriqueciam com as suas recordações, momentos e histórias passadas. Apesar de não ter tido oportunidade de assistir a esta “viagem” e tendo conhecimento *a posteriori* da sua ocorrência, acho que é de salientar o trabalho da Equipa que, com poucos recursos, conseguiu proporcionar um momento de grande felicidade conjugal àquela família, tendo tido o privilégio de tomar parte dessa experiência tão pessoal. A divulgação destes testemunhos pode ser muito importante para a sensibilização de outros doentes em estado terminal, assim como das suas famílias, profissionais de saúde e da sociedade em geral. Esta senhora dizia-se pronta para morrer de forma serena, certa de que tinha tirado o melhor partido da sua vida, cabendo-nos a nós que este seu último desejo fosse concretizado.

Transversal a todos os tópicos já abordados encontra-se a comunicação como uma das mais potentes “armas” utilizadas nos CP. Ao longo da Prática Clínica tive a possibilidade de presenciar profissionais comunicadores por excelência, que observam todos os pressupostos formulados para que a comunicação seja efectiva e eficaz, esclarecedora e compreendida. Ficou bem patente que, de facto, nem sempre é uma perícia inata mas que pode ser treinada e evoluir com esforço e empenho. A comunicação é o “cimento” que permite interligar os restantes Pilares da Filosofia dos CP, como sejam o controlo de sintomas, o apoio à família e o Trabalho em Equipa. É através da comunicação que conseguimos expor as nossas ideias, planos de intervenção, compreender as necessidades do doente e sua família, transmitir dados aos restantes elementos da Equipa e articular intervenções.

Para Flórez Lozano (2006), a importância da comunicação deriva da importância para o ser humano do estabelecimento e fortalecimento de vínculos com os demais. Assim, a comunicação é vital tanto na saúde como na doença. Uma vida social plena e gratificante pode alimentar a mente, mantendo o sujeito integrado e desenvolvendo o seu conceito pessoal de auto-estima. A comunicação em todos os sectores da vida é símbolo de bem-estar e equilíbrio pessoal de maturação do Eu. O mesmo autor refere que a comunicação pode ser complicada, já que supõe o conhecimento e capacidade de controlar todos os processos básicos de comunicação. No caso de doentes terminais, a comunicação depende basicamente do prognóstico e do tempo que passou desde o início

de todo o processo de doença. O desejo de ser informado depende da qualidade da informação proporcionada e do tipo de relação que se estabelece entre doente e profissional de saúde. Também a idade, personalidade, capacidades do sujeito para enfrentar a doença e as suas capacidades psicossociais vão determinar a intensidade e estilo de comunicação.

O que pretendemos, enquanto profissionais de saúde, é conseguir uma comunicação saudável e eficaz que se adapte especificamente a cada doente e de forma a manter a sua integridade e dignidade pessoais. Esta deverá superar uma série de entraves psicológicos que se associam com a ambiguidade do diagnóstico e da comunicação (ansiedade, sentimentos de culpa, identidade pessoal...). A informação em si pode ter aspectos positivos e negativos, por isso temos de ser responsáveis naquilo que fazemos já que a informação tem de ser adaptada a cada doente e específica sobre a sua doença, cuidados e tratamentos disponíveis, efeitos de cada tratamento, prós e contras e como pode enfrentar a sua doença. Trata-se de transmitir informações correctas e necessárias ao doente com uma finalidade terapêutica e não apenas com o intuito de “informar por informar”. Twycross (2003) sintetiza o que é comunicar em três pequenos tópicos, mas que são de extrema relevância: diminuir a incerteza do doente e sua família face à situação em que se encontra; aumentar a qualidade das relações estabelecidas e permitir que o doente e família vislumbrem um caminho a seguir rumo ao futuro.

Os doentes terminais necessitam de expressar as suas preocupações, medos, dúvidas a alguém que os saiba escutar, que facilite a oportunidade de o fazer de forma gradual e a seu ritmo, que se vá adaptando à situação e vá compreendendo o que se está a passar com ele. É preciso criar um espaço para proporcionar apoio emocional onde se facilite o diálogo, a escuta activa e a comunicação, ajudando a uma adequada resolução das fases de adaptação à situação terminal. A comunicação permite-nos conhecer a forma como a doença afecta o doente de forma a ajudá-lo no processo de adaptação da nova realidade a que está sujeito, com sinceridade e respeitando o princípio de autonomia, permitindo aumentar a participação e satisfação do doente, diminuir o stress e melhorar a sua qualidade de vida, criando uma relação de mútua confiança, segurança e de acesso à informação que o doente necessita para ser ajudado e ajudar-se a si mesmo.

A comunicação adequada facilita o trabalho em equipa dos profissionais e diminui o seu desgaste.

A comunicação em situação terminal gira sobre dois grandes eixos que se entrelaçam. A informação, básica para elaborar o diagnóstico, tratamento e participação do doente na tomada de decisões e a relação terapêutica que em CP é estabelecida desde o primeiro contacto com o doente e família.

Em CP devemos considerar uma série de aspectos quanto à informação:

Direito à informação - todo o doente tem direito a receber informação clara e objectiva sobre a sua doença, tratamento e prognóstico, tendo também direito a consultar outro médico para obter uma segunda opinião;

Direito à verdade - a verdade é um processo e não um conjunto de actos que nunca se alteram. Dizer a verdade não é incompatível com a esperança e é uma atitude de respeito ao princípio ético da autonomia do doente, tendo o doente direito a ser informado sempre que peça, contudo, há que ter em conta diversos aspectos como sejam: quando e como dizer e nunca o dizer, ou não, a verdade. O objectivo de facultar a informação ao doente é o de tornar mais fácil o processo de morrer.

Conspiração do silêncio - é muito frequente ocultar o diagnóstico e prognóstico quando se supõe que será um processo em fase terminal. A família é também cúmplice desta conspiração e supõe que o doente ignora a sua situação real e querem a todo o custo “protegê-lo”, fazendo de tudo para que este não se aperceba da sua situação, pedindo e/ou colaborando com os profissionais de saúde para que se oculte o diagnóstico ao doente, esta situação poder-se-á dever a diversas razões:

- Tentativa de autoprotecção - a família também tem os seus medos e temores, o que dificulta a manutenção de uma comunicação com o doente sobre este tema;
- Falsa protecção - nega-se ao doente a possibilidade de falar e expressar os seus sentimentos como forma de respeito pela sua situação para evitar sofrimento extra e por temor pela reacção que este poderá ter ao saber a verdade;
- Paternalismo médico - a atitude anterior está também relacionada com o paternalismo médico e dos profissionais de saúde em geral, que contribui para que se mantenham estas situações conspirativas e contrárias aos direitos do doente;
- Falta de preparação dos Profissionais para abordar estas situações (Wilkinson e Mula, 2005).

Como já foi referido, a comunicação é uma ferramenta terapêutica de vital importância que permite estabelecer uma relação terapêutica e de ajuda com o doente e família.

Uma família com fácil acesso à informação acerca do seu familiar doente é mais eficaz na colaboração da prestação de cuidados e cria menos entraves.

A SECPAL (2001) define comunicar como sendo parte integrante de uma relação que permite transmitir a outra pessoa algo que se tem, informação, sentimentos, pensamentos ou ideias e que tem como objectivos informar, orientar e apoiar. Para comunicarmos temos de ter presentes todos os componentes indispensáveis à comunicação: mensagem (algo a transmitir); emissor (alguém que transmita); receptor (alguém que receba); código (linguagem) e canal (oral, escrito, telefónico, não

verbal...).

A linguagem não verbal ou linguagem do corpo é cerca de 93% da comunicação (SECPAL, 2001). É de vital importância saber reconhecê-la, analisá-la e interpretá-la mediante expressões faciais, gestuais, posturais, contacto físico, tom de voz e direcção e intensidade do olhar. Os profissionais de saúde subestimam, muitas vezes, o poder do contacto físico como forma de comunicação. Não imaginamos o quão importante pode ser para o doente o simples segurar da mão, tocar-lhe ou ajeitar-lhe a almofada.

Uma comunicação eficaz permite criar uma relação sólida e muito importante no contexto paliativo, a relação de ajuda. Esta estabelece-se entre o profissional de saúde e o doente e sua família, pretendendo melhorar a saúde ou qualidade de vida do doente e família e pressupondo certos requisitos para que possa ser uma relação eficiente como sejam a capacidade de comunicação, a capacidade de motivar a troca de informações, isto é, o diálogo e as capacidades emocionais (intrapessoais e de autocontrolo emocional, assim como as interpessoais).

Relativamente ao controlo sintomático foi possível verificar que a dor é o sintoma mais prevalente e que, a maior parte das vezes, o doente refere a dor como principal causa de sofrimento e de perda de qualidade de vida. Através duma avaliação rigorosa e objectiva, mediante uso de escalas de avaliação da dor, do seu registo e do delineamento de um plano terapêutico, é possível aliviar essa dor. Uma pessoa que um dia refere não ter vontade de viver devido à dor, passados uns dias aparece-nos transfigurada, referindo alegria nos momentos que tem passado sem dores, que lhe permite desfrutar da companhia dos seus e encarar a sua situação de doença sobre uma diferente perspectiva. De facto, o sofrimento esteve bastante presente durante a Prática Clínica e foi deveras enriquecedor para mim, verificar como as Equipas intervinham nestas situações, quais as abordagens que utilizavam e os ganhos que obtinham. Tal como descrito na literatura, o sofrimento existencial é, de longe, o que maior complexidade apresenta aos Profissionais de CP. Wright (2005) citado por Martins (2010) refere que é objectivo mandatário e do foro ético que a Enfermagem reduza ou diminua o sofrimento do doente e sua família, seja ele de carácter emocional, físico ou espiritual. Antes de mais, será vital saber reconhecer aquele que sofre, estar capacitado para dar resposta às suas solicitações e ser humilde quando a necessidade do doente está para além da sua capacidade de resposta, daí a importância do trabalho em Equipa multidisciplinar e no registo criterioso de todos os factos relacionados com o doente e sua família.

Martins (2010) define sofrimento como “(...) uma experiência inerente à condição humana. Não é possível viver uma vida sem sofrimento, pois de uma forma ou de outra,

mais cedo ou mais tarde, com maior ou menor intensidade, todo o ser humano experimenta o sofrimento. O sofrimento é pois uma experiência universal.”

Cassell (2004), citado por Martins (2010) explica que apesar de dor e sofrimento não serem sinónimos, a dor é apontada, a maior parte das vezes, como a causa mais frequente de sofrimento. Para este autor, entender o sofrimento apenas como sinónimo de dor física será muito redutor e não permitirá a sua compreensão, já que o sofrer é característico da “pessoa e não do corpo”, pelo que tentar compreender o sofrimento de alguém implica tentar perceber e conhecer essa pessoa em todas as suas dimensões, sejam elas física, psicológica, social ou espiritual.

Gameiro (1999) citado por Sobral (2008) considera que a ajuda à pessoa que sofre passa pela tentativa de compreender a experiência do doente, os significados que este lhe atribui, as suas crenças filosóficas e religiosas ou espirituais e se é possível atribuir a este sofrimento algum sentido positivo.

Barus-Michel e Camps (2003) fazem uma reflexão sobre o sofrimento e a morte próxima. Para estas autoras, o doente pode sentir-se abandonado, devastado, demonstrando, nalgumas situações, arrependimento por situações do passado. Para o doente nesta situação, a morte pode surgir como única escapatória a esse sofrimento.

De facto, o carácter extremamente subjectivo do sofrimento pode torná-lo numa experiência demasiado intensa e isoladora do doente. Para tentarmos evitar esta situação, teremos de estabelecer uma comunicação adequada e perceptível ao doente, que consiga “perfurar” esse sofrimento e permitir “dividi-lo” tanto com os Profissionais como com as pessoas que lhe são significativas. Claro que se esse sofrimento tiver uma componente física, será crucial que este seja aliviado e controlado, pois a sua manutenção irá aumentar os níveis de ansiedade, o que poderá gerar sentimentos de desespero e de falta de apoio (Gameiro, 1999).

A intervenção por parte da Equipa exige uma abordagem prolongada, exaustiva e que, nem sempre, colhe os frutos desejados. A par deste sofrimento existem outras situações de alguma complexidade quanto às formas de intervenção como sejam a recusa em ser informado ou a negação do diagnóstico/prognóstico. É louvável verificar o esforço conjunto da Equipa para tentar colmatar essas necessidades do doente e tentar abordar a situação da melhor forma possível, nunca quebrando o direito de autonomia do doente e sua família, assim como respeitando os seus desejos, sempre na base da verdade, nunca, em tempo algum mentindo, nem mesmo quando a família o pede. Nestas situações é muito útil a utilização da conferência familiar uma, duas, três, as vezes que forem necessárias para compreender o ponto de vista dos familiares e para explicar os objectivos terapêuticos a implementar, as vantagens e desvantagens das diferentes etapas que vão surgindo, fortalecendo a relação de confiança e quebrando

algumas barreiras e mitos que existem no senso comum e que se encontram difundidos de forma generalizada.

De acordo com Twycross (2003), a abordagem científica ao controlo de sintomas pode ser resumida em cinco categorias: a avaliação; a explicação; o controlo; a observação e a atenção aos pormenores.

A avaliação deve preceder sempre qualquer tratamento, pois como refere a SECPAL (2001), procura-se evitar a atribuição de sintomas só ao fim de se ter um cancro avançado confirmado. Mesmo quando um cancro é o responsável, alguns sintomas podem ser provocados por diversos factores ou mecanismos (Twycross, 2003). Além disto, devemos também ter sempre presente a avaliação da intensidade de um sintoma, o impacto físico, emocional e factores que o provocam ou aumentam a sua intensidade (SECPAL, 2001). Devemos procurar sempre explicar as causas dos sintomas, utilizando termos que o paciente possa compreender. De acordo com Twycross (2003), o médico deve começar o tratamento explicando as razões que justificam os problemas, caso seja omitido, o doente continuará a pensar que o seu estado se encontra envolto em mistério. Deve-se explicar também a etiologia dos sintomas e as estratégias terapêuticas à família (SECPAL, 2001).

Ao nível do tratamento, as estratégias a aplicar deverão ser mistas, normalmente na situação de doença terminal e específica para cada sintoma que necessita de tratamento farmacológico e não farmacológico (SECPAL, 2001). No entanto, como refere Twycross (2003), o tratamento específico deve ocorrer apenas quando o mesmo se mostre prático e não seja excessivamente penoso. Devem fixar-se prazos para atingir objectivos e contemplar a prevenção de novos sintomas ou situações que possam aparecer.

A monitorização dos sintomas consiste na conhecida frase “Rever! Rever! Rever!”, o que deve ocorrer mediante o uso de instrumentos de medida e esquemas de registos adequados (SECPAL, 2001). Como refere Twycross (2003), o cancro é uma doença progressiva podendo ocorrer novos sintomas, devendo ser controlados o mais rápido possível. A correcta monitorização ajuda a clarificar objectivos, a sistematizar o seguimento e a melhorar o trabalho em equipa, pois permite comparação de resultados (SECPAL, 2001).

Para Twycross (2003), a atenção aos pormenores faz a diferença em CP. Deve-se atender aos detalhes já que, só assim se pode otimizar o grau de controlo de sintomas e minimizar os efeitos secundários adversos das medidas farmacológicas (SECPAL, 2001). Sem esta atenção, diz-nos Twycross (2003), o êxito pode ser desperdiçado, fazendo o doente sofrer desnecessariamente. É necessário ter uma mente inquisitiva, questionando permanentemente o porquê das coisas. A SECPAL (2001) refere que atitudes adequadas da equipa multidisciplinar contribuem para diminuir a sensação de

abandono e impotência e para melhorar a capacidade de aumentar a percepção do sofrimento do doente. Devem-se cuidar todos os detalhes, por exemplo a nível ambiental, ter atenção ao favorecimento de um ambiente tranquilo e relaxante, evitar ruídos desnecessários, atenção à luz ambiente, disponibilizar cadeiras suficientes, recorrer à aromaterapia, à massagem terapêutica, à musicoterapia, entre outras (Sapeta, 2003).

Devemos, por fim, referir que o rigor da actuação dos Profissionais de Saúde terá uma tradução clínica nos níveis de conforto dos doentes, sendo necessário conjugar uma grande experiência clínica no contacto com estes doentes e também um alto nível de sentido comum na hora de tomar decisões.

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, apresentando um significado próprio para cada um de nós. Existe a tendência para representá-la de forma idealizada, composta pelos pais e crianças, no entanto actualmente emergem diferentes tipos de famílias que não correspondem a essa ideia.

A família deve ser entendida como um todo, inserida numa sociedade e em relação com ela.

Quando uma família é confrontada com a doença de um dos seus elementos, o equilíbrio é quebrado, implicando na família um reajustamento do sistema familiar. Todos os elementos, cada um à sua maneira, vão sofrer de stress, ansiedade e depressão. A família desempenha um papel fundamental no processo do cuidar, quer no apoio ao doente quer para os profissionais de saúde, sendo considerada um dos pilares básicos dos CP. Contudo, também necessita de cuidados e apresenta necessidades que precisam ser satisfeitas e que, muitas das vezes, não são valorizadas pelos profissionais. Cuidar do doente é também cuidar da família, identificar e avaliar as necessidades do doente e da família, para que possam caminhar correctamente para a homeostasia familiar.

Assim, o apoio à família reveste-se de vital importância já que, tal como o doente, a família é parte integrante da Equipa e o melhor aliado na intervenção ao doente. A maior parte das vezes pequenos gestos acabam por fazer a diferença para a família, contribuem para o estabelecimento de uma relação de confiança coesa e sustentam a família que poderia estar próxima da ruptura ou exaustão. Foi-me possível observar o quão importante pode ser apenas validar o esforço e dedicação de determinada família ao seu familiar doente. Esse reforço positivo pode funcionar como catalisador de novas acções e de sentimentos de partilha e de bem-estar que melhoram a qualidade e dinâmica daquela família. Outras vezes basta um pequeno gesto, um toque terapêutico ou apenas o silêncio que permita expressar a sua tristeza e pesar. Sim porque acompanhar uma pessoa querida em situação terminal é sempre doloroso e

mesmo penoso se não houver espaço para a partilha de sentimentos, dúvidas, mágoas ou antigos ressentimentos, ou a partilha de bons momentos e recordações que marcam a linha de vida dessas pessoas. O facto de saberem que há uma Equipa que está disponível 24 horas por dia e que tem capacidade para dar resposta às suas solicitações é um factor motivador para que se sintam menos sós nessa caminhada única. Este sentimento de presença e de acompanhamento é de tal forma consistente e palpável que permite ouvir coisas fantásticas como o facto de a “pior noite porque o meu marido está pior foi também a noite mais descansada que tive pois sabia que podia ligar e que vocês iam atender”. É este sentimento de confiança nos profissionais que trabalham diariamente para proporcionar dignidade, conforto e qualidade de vida aos doentes e suas famílias, um potente factor motivacional para enfrentar adversidades e constrangimentos com os quais as Equipas se deparam. É este reconhecimento do seu trabalho meritório e de rigoroso conhecimento científico que tem de ser mostrado e divulgado para que mais possam beneficiar da sua intervenção. Ao estimularmos o envolvimento familiar na prestação de cuidados ao seu ente querido, estamos a reforçar os seus laços afectivos, a dar-lhes bases de sustentação e a permitirmos que o doente mantenha o seu papel no seio da família, em comunhão com os que mais ama na fase final da sua vida.

De acordo com Pereira e Lopes (2005) a cada visita domiciliária ao doente e sua família devemos reforçar e valorizar o trabalho e empenho da família no processo de cuidar do seu familiar doente. Este espaço de diálogo abre uma oportunidade para a expressão de sentimentos, dúvidas, angústias que sintam e que necessitem de validação ou clarificação por parte da Equipa.

Ao desenvolvermos um Estágio Clínico na área dos CP, esperamos contactar com doentes nos últimos dias e horas de vida ou em fase agónica. Curiosamente, durante o período de Prática Clínica não presenciei nenhuma morte. Aquelas que ocorreram durante este período, coincidiram com fins-de-semana ou em contexto domiciliário.

Durante a minha permanência com a ECSCP de B. pude acompanhar alguns doentes nos seus últimos dias e horas de vida, assim como pude acompanhar um doente em fase agónica. De salientar que estes doentes que refiro se encontravam no seu domicílio, com apoio da família e pessoas significativas.

Segundo Gonçalves (2002), este estado final pode ser facilmente identificado por um profissional com experiência uma vez que se instala um quadro muito específico e com características notórias: o doente apresenta-se com astenia profunda; está acamado a maior parte do tempo; apresenta longos períodos de sonolência; desorientação no tempo; desinteresse em comer e beber e dificuldade em engolir.

Nesta fase, o principal objectivo terapêutico passa a ser o conforto do doente e a sua dignidade.

Verifiquei e pude praticar estes pressupostos em contexto prático. De facto, a possibilidade de identificar a “entrada” neste aproximar do momento da morte permite adequar os cuidados, assim como suspender todas as medidas terapêuticas fúteis, que em nada beneficiam o doente, tudo no melhor interesse para proporcionar-lhe o maior nível de conforto possível.

Quando o doente chega a esta fase, é necessário e importante que, desde cedo, se tenha efectuado um bom controlo de sintomas pois facilita a actuação nesta última etapa, dando-se continuidade ao que já vinha a ser feito (Gonçalves, 2002).

No plano assistencial, de acordo com Gonçalves (2002), os princípios gerais de tratamento orientam-nos para se simplificar o tratamento, evitar induzir toxicidade ou desconforto, eliminar medicação irrelevante, manter apenas os fármacos de utilidade imediata, alterar as vias de administração se for necessário, posicionamentos com objectivos apenas de conforto e manter os cuidados orais. Devem-se evitar medidas terapêuticas desnecessárias pois só causariam mais sofrimento ao doente e família, o designado “encarniçamento terapêutico” ou “obstinação terapêutica” (Neto, 1999). Como refere Twycross (2003), preconiza-se a “(...) baixa tecnologia e o elevado afecto”. Nesta fase existe um conjunto de sintomas que requerem atenção. Para Gonçalves (2002) os mais relevantes são: dor, delírio, estertor, dispneia, mioclonias, convulsões, náuseas/vómitos, retenção/incontinência urinária, sudorese e febre. Podem ocorrer problemas não característicos desta fase e que, muitas vezes, são fatais como, por exemplo, a hemorragia ou a asfixia (consideradas urgências em CP).

A nível do controlo de sintomas a via de eleição é a oral, mas como, muitas vezes, o doente apresenta dificuldades em deglutir, não é recomendável a entubação, opta-se pela administração de fármacos por via SC (Sapeta, 2004). De acordo com Benitez del Rosário et al, (2002), a via intravenosa não se recomenda pelas dificuldades técnicas para a sua manutenção no domicílio, pela pouca aceitação familiar e pelo facto de ser uma técnica agressiva. A via intramuscular é dolorosa, devido à ausência de massa muscular resultado da caquexia, usando-se apenas em situações pontuais. A via rectal poderia ser uma alternativa válida à oral mas tem alguns inconvenientes, a baixa aceitação do paciente e família, a necessidade de se realizarem movimentações para a administração de fármacos, a necessidade de se combater a obstipação e a não existência de muitas preparações de fármacos para serem administrados por esta via (Benitez del Rosário et al, 2002). Assim, a via subcutânea surge como grande alternativa à via oral, tornando-se por vezes uma via de eleição. O modo de administração é fácil, pelo que pode ser usada em casa do paciente, é eficaz para o controlo de sintomas e está isenta de riscos que não sejam os provocados pelos efeitos dos fármacos. Está

contra-indicada nos casos de edemas generalizados e intensos, de diminuição da circulação periférica e quando ocorrem infecções de repetição no ponto de inserção do catéter, (Benitez del Rosário et al, 2002).

A fase terminal será, então, um período de reajustamento de tratamentos, prioridades e objectivos terapêuticos de forma a permitir que a maioria dos doentes possam morrer pacificamente e com dignidade, assegurando aos doentes, a manutenção do seu conforto, da analgesia, que nada será feito para prolongar a sua vida indefinidamente (através de tecnologias), que a morte será pacífica e que não estará só. Esta atitude aliviará eventuais medos que os doentes possam ter sobre a morte (Twycross e Lichter, 1998).

Outro aspecto muito importante para o doente nos últimos momentos de vida é o apoio da família e de outros elementos significativos. Muito do apoio que necessita só poderá ser facultado pela família. O seu amor e atenção são de extrema importância para o bem-estar e conforto psicológico do doente. Contudo, os familiares e amigos também necessitam de apoio nesta fase tão extenuante e angustiante. Deverão ser avisados de que o fim do seu ente querido se aproxima; apesar de ser previsível, os familiares poderão não estar preparados e ficar perturbados com a morte do seu familiar (Twycross e Lichter, 1998).

A morte será o culminar de um longo processo penoso e muito enriquecedor. Como refere Antunes (2005):

(...) ninguém morre sem ter amado e sem ser amado, (...) é obrigatório que durante essa passagem também nos sintamos amados e tenhamos oportunidade para amar. (...) se fomos acolhidos à nascença não poderemos sê-lo também no momento da morte?

(Antunes, 2005:10)

Enquanto profissionais de saúde, devemos estar preparados para encarar a morte, aceitando a nossa finitude e compreendendo a dos outros. Podemos sempre aprender mais qualquer coisa e parafraseando Hennezel (2002) “Os que vão morrer ensinam-nos a viver”.

Se o controlo sintomático for eficaz, esta fase torna-se muito menos angustiante para a família. Essa foi a situação mais frequente nos casos que pude acompanhar. A sensação de impotência da família é avassaladora. A intervenção da equipa no sofrimento da família é deveras essencial, inclusive como forma de prevenir futuros processos de luto patológico. A capacidade que o profissional tem de comunicar e de se relacionar de forma empática exige, nesta fase, toda a perícia para que a intervenção seja o mais sustentada e focada nas necessidades da família.

A simplificação de procedimentos e medidas terapêuticas é, também, uma norma a verificar nos últimos dias e horas de vida. Frequentemente, suspendem-se fármacos que não vão beneficiar o doente (como sejam os antibióticos), assim como

procedimentos que possam trazer desconforto ao doente (como a mobilização excessiva ou a alimentação/hidratação).

Esta fase do cuidar é aquela mais propícia à ocorrência de dilemas éticos e de tomadas de decisão complexas e de difícil gestão, tanto para o doente e família, como para a equipa de CP. Questões como a suspensão da alimentação/hidratação por via oral e início do processo de forma artificial, a sedação paliativa, o pedido de eutanásia, são as mais prementes em termos éticos e que exigem uma capacidade comunicativa, de resiliência e perseverança para que o objectivo primordial se mantenha na promoção do conforto e qualidade de vida do doente e na sua morte digna.

No capítulo destinado à explicitação das competências adquiridas farei menção a alguns dilemas éticos que surgiram na Prática Clínica.

Durante os últimos dias e horas de vida do doente, há sintomas que ganham maior expressão ou que sofrem um agravamento, conduzindo a um reajustamento no controlo sintomático. Os sintomas mais comuns nesta fase são: a dor; o delírio, confusão e agitação; estertor; dispneia; anorexia; desidratação.

Segundo Gonçalves (2002), caso a dor tenha sido controlada anteriormente, geralmente, nesta altura não ocorrem problemas. Deve-se manter toda a terapêutica analgésica fazendo aumentos de 50% por agravamento do sintoma (Sapeta, 2004), a morfina SC assume normalmente um papel central (Gonçalves, 2002).

A nível não farmacológico, deve-se questionar o doente directamente quanto à presença de dor e qual a sua intensidade, estar desperto para a avaliação de sinais não verbais de dor, gemido, fácies, postura adoptada, agitação ou inquietação (Sapeta, 2004). Os cuidados de higiene e conforto devem ser mantidos e prestados de uma forma calma e suave; as mudanças de posição devem ser efectuadas caso se observem benefícios evidentes para o doente, por exemplo o alívio da pressão em zonas ulceradas. Os cuidados à boca devem manter-se, assim como o cuidar dos detalhes do ambiente (Sapeta, 2004).

O delírio, confusão e agitação são muito frequentes nos doentes em agonia. A sua etiologia é multifactorial, podendo combinar metastização cerebral, hipoxia cerebral, encefalopatia metabólica, desidratação, toxicidade dos fármacos, medo, angústia, entre outras (Gonçalves, 2002). Os fármacos mais usados nesta altura são o Haloperidol, a clorpromazina e a levomepromazina (Benitez del Rosário et al, 2002). Para Gonçalves (2002), deve-se também usar o Midazolam quando se está na presença de agitação.

A nível não farmacológico deve-se criar um ambiente seguro, com almofadas e grades de protecção de modo a proporcionar conforto e prevenir quedas ou outros acidentes; o espaço envolvente deve tornar-se operacional e sem riscos (Sapeta, 2004). Apesar desta não ser uma fase para investigar causas, deve-se despistar a hipótese de haver dor não controlada ou retenção urinária, pois a resolução destes problemas é fácil

e contribui significativamente para o bem-estar do doente (Gonçalves, 2002). De acordo com Sapeta (2004), o uso de medidas restritivas ou a imobilização do doente ao leito está de todo contra indicado, sendo sempre preferível a sedação.

Para Gonçalves (2002), o estertor é praticamente patognomónico da agonia, resultando da incapacidade de expulsar as secreções da orofaringe e traqueia, agravando-se com a hidratação artificial, pois ocorre um aumento do volume das secreções. Como acção farmacológica, deve-se administrar anticolinérgicos: bromidrato de escopolamina ou butilescopolamina.

A nível não farmacológico, deve-se lateralizar o doente com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente, evitando o decúbito dorsal (Sapeta, 2004). De acordo com Gonçalves (2002), a aspiração de secreções só deve ser usada em último recurso.

Este é um sintoma que causa grande impacto nos familiares, os quais devem ser tranquilizados e informados de que esta situação não significa sofrimento do doente (Sapeta, 2004).

Segundo Sapeta (2004), a dispneia é um dos sintomas que provoca mais sofrimento e ansiedade no doente e família, tendo a prestação de cuidados o objectivo de aliviar a dispneia e diminuir a percepção de falta de ar. O seu controlo é difícil e as causas múltiplas e irreversíveis (Gonçalves, 2002). Farmacologicamente, utilizam-se as benzodiazepinas, a morfina (fármaco de eleição) e o oxigénio, este último pode ser usado de uma forma contínua ou intermitente, caso represente alívio da dispneia e conforto para o doente, senão é dispensável (Sapeta, 2004). Nestes casos, o doente nunca deverá ser deixado sozinho, sendo indispensável a presença de um profissional ou familiar para o tranquilizar. A adopção da posição de Semi-Fowler ou sentado apoiando os braços em almofadas, permite uma maior expansão torácica, consequentemente menor esforço respiratório e maior conforto para o doente (Sapeta, 2004). Como refere Gonçalves (2002), o ar fresco em contacto com o doente, proporcionado por uma janela aberta ou ventoinha, pode ajudar a aliviar este sintoma. Sapeta (2004) diz-nos que, caso o doente esteja consciente e colaborante, deve-se estimular a prática de exercícios respiratórios e de relaxamento.

Segundo Gonçalves (2002), a anorexia é um sintoma frequente, pois os doentes comem muito pouco ou nada, causando angústia aos familiares, que pressionam os profissionais de saúde a actuar. Para Sapeta (2004), os doentes estão mais centrados no seu interior, evidenciando desinteresse pelos alimentos. Por vezes alguns profissionais administram soros e procedem a entubações nasogástricas, pois não o fazer é visto como apressar a morte mas, como afirma Gonçalves (2002), “o doente não vai morrer por não se alimentar, mas, ao contrário, não se alimenta porque está a morrer, o que noutras culturas se aceita naturalmente”. Como refere Sapeta (2004), estes procedimentos não são benéficos e retiram qualidade de vida ao doente, é necessário

explicar aos familiares, de uma forma clara e antecipada, as decisões que serão tomadas.

Muitos doentes que estão a morrer e são internados nos hospitais encontram-se desidratados, recebendo imediatamente soros por via endovenosa (Gonçalves, 2002). Para Twycross (2003), existe uma crença em que se pensa que a desidratação é desconfortável e causa sofrimento. No entanto, a desidratação conduz a mais vantagens que a administração endovenosa de líquidos. De acordo com Gonçalves (2002), a desidratação leva a uma diminuição do débito urinário, menor necessidade de usar arrastadeira, menores episódios de cama molhada e menor uso de algálias; redução de edemas, ascite e vômitos; diminuição do volume de secreções pulmonares, menos tosse, congestão e estertor.

Efectivamente, o que verifiquei em contexto assistencial foi que os sintomas atrás descritos são os mais frequentes nos últimos dias e horas de vida. Poderão estar presentes na totalidade ou em menor número, conforme o estado geral do doente, sendo que a individualidade de cada um está patente, até nesta fase.

Como já referi, existem situações consideradas urgentes em CP. Não tive oportunidade para assistir a nenhuma dessas situações enquanto estive a acompanhar as Equipas de CP. Contudo, considero pertinente fazer uma referência teórica a este assunto.

A hemorragia maciça e a asfixia são consideradas situações de urgência em CP e exigem intervenção imediata por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com Sapeta (2004), as hemorragias são pouco frequentes mas quando acontecem podem provocar a morte em poucos minutos, situação vivida com dramatismo pelos profissionais de saúde e familiares. Segundo Gonçalves (2002), caso existam histórias de anteriores hemorragias significativas, os familiares devem ser informados do risco de haver uma hemorragia terminal. Deve-se sedar o doente com benzodiazepinas. Não é recomendável a administração de fármacos por via SC, porque existe uma diminuição da circulação periférica que provoca um atraso na absorção dos fármacos. Opta-se pela administração via intramuscular ou endovenosa (Gonçalves, 2002). É importante a presença contínua junto do doente, apoiando-o; posicionando-o em decúbito lateral, pois em caso de hemoptises existe risco de asfixia; devem-se usar toalhas de cor azul ou verde, de modo a diminuir o impacto e visão assustadora (Sapeta, 2004).

Segundo Gonçalves (2002), a asfixia ocorre quando se desencadeia uma súbita diminuição do calibre das vias respiratórias. A nível farmacológico, a actuação é semelhante à descrita para as hemorragias, é indispensável acompanhar o doente, nunca o deixando só durante todo o processo.

O exercício de reflectir de forma crítica sobre as nossas acções e comportamentos é uma mais-valia para o nosso crescimento e maturação pessoal e profissional. Este exercício, sustentado por bases científicas sólidas e por evidências baseadas na experiência, enriquece, de forma substancial, aquilo que somos assim como a qualidade dos cuidados que prestamos.

3. Competências Adquiridas em Cuidados Paliativos

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos refere que os CP “(...) constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes com prognóstico de vida limitado.”.

Os CP regem-se por princípios específicos e bem delimitados como sejam:

- Proporcionar a máxima qualidade de vida possível, incluindo o controlo sintomático;
- Avaliação da pessoa na sua perspectiva holística, validando as suas experiências de vida anteriores e situação actual;
- Cuidado centrado nas necessidades do doente, estejam directamente relacionadas com o processo de doença ou não;
- Respeito pela autonomia do doente e pela sua liberdade de escolha;
- Comunicação assente em técnicas e na sensibilidade de cada um para com o doente, família e Equipa multidisciplinar (Watson et al, 2010).

Para Cicely Saunders (citada pela OMS, 2004), os CP surgem do conhecimento/compreensão de que todo o doente tem a sua própria história de vida, relacionamentos e cultura e todos estes aspectos fazem dele um ser único e com a sua própria individualidade. Deveremos respeitá-los enquanto tal, proporcionando-lhes os melhores cuidados e disponibilizando todos os meios e tratamentos disponíveis para a sua situação de doença, de forma a permitir que gozem da melhor forma o tempo de vida que lhes resta. Estes têm como objectivos aliviar sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais; fornecer apoio, suporte, conforto e comunicação adequados para o doente e família; promover o trabalho em equipa multidisciplinar (SFAP, 2000).

Os CP constituem a forma “civilizada” de entender e cuidar os doentes terminais, assumindo-se como uma das fronteiras de desenvolvimento para este século. Esta é uma especialidade de cuidados médicos ao doente terminal que contempla o problema da morte numa perspectiva profundamente humana, reconhecendo a dignidade da pessoa no âmbito do sofrimento físico e psíquico que o fim da existência humana, muitas vezes, comporta (INCA, 2001).

O que se tem verificado como tendência na nossa sociedade actual é, de facto, o aumento de pessoas que necessitam de CP, quer seja por sofrerem de doenças crónicas, neoplasias, SIDA ou outras doenças incapacitantes e de carácter progressivo e que tendem, naturalmente, para a morte.

Cada vez mais no dia-a-dia e no nosso meio (hospital e comunidade), tornou-se uma prática para os profissionais de saúde lidar com doentes terminais. É necessário conhecer cada vez melhor o doente e família, os seus problemas e necessidades para que se torne possível ajudá-lo a enfrentar a última fase da vida e ajudar a família a lidar com esta etapa.

A cultura dominante da sociedade actual e os próprios profissionais de saúde consideram a cura da doença como o principal objectivo dos serviços de saúde, entendendo-se as doenças crónicas e a morte como um fracasso da medicina. Cientes deste facto, devemos assumir a cronicidade e a finitude como algo normal e estabelecer como meta a alcançar, o alívio da dor e do sofrimento (Sapeta, 2003). Desta forma, lidar com doentes terminais tornou-se uma prática do quotidiano dos profissionais de saúde, dentro e fora dos hospitais. É necessário conhecer o doente e assegurar-lhe a melhor qualidade de vida possível, assim como à sua família, centrando-se a atenção no controlo de sintomas, no apoio emocional, no apoio à família e no trabalho em equipa/atendimento multidisciplinar.

É necessário garantir o aumento da qualidade de vida e o maior grau de conforto possível para estes pacientes, o que só acontecerá através da formação e de uma nova mentalização dos profissionais de saúde (Sapeta, 2003).

Para além desta visão actual dos CP, devemos ter em conta que, segundo o IAHP (2008), 52 milhões de pessoas morrem todos os anos e dezenas de milhões de pessoas morrem com sofrimento. Segundo Levin (2004), o cancro constitui um verdadeiro problema de saúde pública, cuja incidência tem vindo a aumentar. A cada ano, cerca de 9 milhões de pessoas sofrem de cancro no mundo, sendo que cerca de 70% destes acabam por falecer da doença. Além disto, para o IAHP (2008), muitas pessoas morrem com problemas não tratados, como a dor, sintomas físicos, disfunções psicossociais e espirituais, com medo e solidão. Torna-se necessário que, através dos CP, se previna e se controle o sofrimento nestes doentes, cabendo a cada médico e enfermeiro a responsabilidade de aplicarem os princípios destes cuidados.

Canário (1999) citado pela APCP (2006) afirma que “(...) A formação é um processo que (...) permite compreender melhor o seu trabalho e aperfeiçoar as suas competências profissionais, reflectir sobre os seus percursos pessoais e sociais, adquirir conhecimentos e sistematizar informação.”. De facto, a formação é um importante vector para a prestação de cuidados de qualidade reconhecida. Assim, também na área dos CP, a formação é um requisito obrigatório para que se possa responder de forma adequada às exigências e complexidade dos doentes e suas famílias.

O investimento pessoal e profissional dispendido para a concretização deste 1.º Mestrado em CP só pode revestir-se de substanciais ganhos a todos os níveis: pessoal, profissional e de assistência diária àqueles que cuida. No início deste processo de

formação tínhamos competências específicas em CP que deveríamos aperfeiçoar e/ou desenvolver durante o período de Prática Clínica. Seguidamente, irei enumerar as referidas competências, justificando e expondo de que forma trabalhei para alcançar os objectivos inicialmente propostos.

3.1. Integra os princípios e a filosofia dos CP na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde

Este processo iniciou-se, ainda, no decorrer da 2.^a PGCP da ESALD com a aquisição e reforço do referencial teórico na área dos CP, pois só com um referencial teórico sólido e apreendido se pode realizar e aplicar esses princípios em contexto prático. Desta forma, tomamos real consciência da importância e da necessidade de CP para melhorar a resposta assistencial aos nossos utentes. Ao contactar com a realidade do dia-a-dia de trabalho das Equipas de CP, é possível e torna-se muito mais simples o processo de assimilação e consolidação dos conhecimentos adquiridos a nível teórico. A participação nas suas actividades diárias e na planificação de cuidados aos doentes e famílias que acompanham, facilita a identificação da diferença entre acções paliativas e CP, em toda a sua filosofia e dinâmica. Ambos os conceitos foram definidos no PNCP, destinados a serem aplicados nas redes de prestação de cuidados do Sistema de Saúde Português. Podemos considerar que:

“Acção paliativa diz respeito a qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou fase da sua evolução.”

(DGS, 2004:6)

“Os cuidados paliativos são os cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou em domicílio, segundo níveis de diferenciação.”

(DGS, 2004:7)

A interiorização destes conceitos e sua clara diferenciação, a par dos conhecimentos adquiridos sobre a filosofia dos CP e seus pilares fundamentais: controlo de sintomas, apoio à família, trabalho em equipa e comunicação, permitiram que a nossa acção junto das Equipas fosse pertinente e se pautasse, sempre, pela procura da melhor qualidade de vida possível, assim como pela promoção do conforto e dignidade do doente e sua família. A disponibilidade das Equipas para esclarecimento de dúvidas, de partilha de experiências e relato de casos actuais e passados, assim como o fornecimento de bibliografia, enriqueceram, ainda mais, o contexto de Prática Clínica.

Por exemplo, houve um momento de partilha muito significativo e de grande enriquecimento pessoal e profissional, num final de tarde, ao regressarmos a B. Junto com a Equipa fizemos uma reflexão pessoal e conjunta sobre as motivações/razões que nos levavam, a nós alunas, a enveredar por esta área do cuidar, pelo menos a investir a nível académico (até não ser possível trabalhar nesta área). Esse exercício de reflexão conjunto e de partilha das próprias motivações da Equipa espelhou o interesse comum pela “arte de cuidar” do próximo, de forma dedicada, profissional, assente em bases científicas sólidas, em respeito total pela dignidade humana e pela individualidade e unicidade de cada ser humano.

A Prática Clínica permitiu um crescimento e maturação a nível pessoal e profissional que se reflectirá na minha prática diária, despertando uma nova sensibilidade e aguçando os sentidos para outros problemas e necessidades que podem passar despercebidos a quem não tem a possibilidade/vontade de conhecer a filosofia dos CP e sua aplicação prática no contexto diário de trabalho. Cabe a cada um de nós, tentar alertar e mudar comportamentos, incentivar as nossas Equipas de Trabalho a desenvolver, pelo menos, acções paliativas, a investirem em formação em CP, a “obrigá-los” a cumprir as normativas já em vigor quanto à avaliação da dor... Certamente será um processo trabalhoso e com alguns espinhos mas, enquanto profissionais com formação avançada em CP, é nossa obrigação disseminar e contaminar os demais profissionais para a necessidade premente e actual de CP, na procura duma significativa e evidente melhoria dos cuidados prestados, seja em contexto hospitalar ou comunitário.

3.2. Analisa valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP

Ao confrontar-me com a realidade diária dos doentes e Equipas de CP, somos postos à prova, algumas das vezes em situações limite, quer a nível físico mas, essencialmente, a nível psicológico. Estas situações são lições de vida e que nos remetem para uma reflexão crítica a nível pessoal e profissional. A confrontação com os nossos próprios medos e receios, a confrontação com situações que nos comovem e marcam pela identificação com o doente ou família na nossa presença. Efectivamente, a confrontação com a morte de quem cuidamos e com o sofrimento da família que lhe sobrevive exige-nos uma capacidade apurada em comunicação e de autocontrolo para, naquele momento, prestarmos e apoiarmos a família no seu processo de luto e dar uma resposta efectiva e adequada às suas necessidades num momento de grande fragilidade. Exige um grande controlo e equilíbrio emocional para que não se caia nos extremos, do choro fácil à insensibilidade e distanciamento. É inevitável que se criem laços de proximidade e de carinho com alguns doentes e suas famílias mas, na minha opinião,

poderá ser positivo porque nos fortalece enquanto profissionais, mas principalmente enquanto seres humanos sensíveis ao sofrimento do próximo e disponíveis para ajudar de forma desinteressada, cumprindo as normas de rigor e evidência científica.

Claro que uma das confrontações mais directas que temos é com a morte do outro e como essa nos pode afectar, assim como a concepção que temos da nossa própria morte. Analisando o contexto em que me movi, considero que a humanização do processo de morrer é urgente, não só para os que morrem, como para os seus familiares e profissionais de saúde que os acompanham e partilham o seu processo de morte, estando disposta a dar o meu contributo, por mais simbólico que seja, para que essa humanização faça parte da minha arte de cuidar.

E é na procura dessa plenitude da vida que, a maior parte das vezes, encaramos com receio a etapa da morte. De facto, o medo é legítimo em todo o ser humano, mas devemos controlar esse medo de modo a que não condicione a nossa vida, tornando-nos prisioneiros dentro do nosso corpo, amarrando-nos a angústias existenciais, que por mais naturais que sejam (afinal nunca ninguém regressou do mundo dos mortos) nos confundem e nos afastam do verdadeiro sentido de vida: “(...) aprender como dar amor, e como deixá-lo entrar.” (Albom, 2006:71). Até porque como nos diz Schwartz (2006) o mais importante não são as respostas que procuramos obter, mas sim o que ganhamos nesse processo de procura. Independentemente do que possa haver depois da morte, tomar consciência da nossa finitude pode ser uma experiência reveladora e, inequivocamente, enriquecedora.

3.3. Avalia e alivia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica

A avaliação e alívio de sintomas tomou o papel principal na maior parte das intervenções das Equipas que acompanhei. Efectivamente, muitas das primeiras abordagens a doentes em contexto paliativo passam pela avaliação, tratamento e alívio de sintomas, consequente reavaliação e reajustamento de intervenções terapêuticas. A avaliação da dor posiciona-se como uma das intervenções mais comuns a nível de controlo sintomático. Dado o meu interesse por este ponto, foi deveras enriquecedor e esclarecedor a possibilidade de recorrer a instrumentos de avaliação da dor para que se tornasse a avaliação o mais objectiva possível, permitindo uma intervenção mais direccionada e, sem dúvida, personalizada ao doente avaliado. A Prática Clínica permitiu-me contactar e utilizar escalas de hetero-avaliação, as quais, até ao momento, não tinha tido possibilidade de usar. Permitiu também o aperfeiçoamento na utilização das escalas de intensidade de dor, explorando as diversas escalas existentes e melhorando as técnicas de comunicação ao realizar ensinamentos ao doente e família sobre o

funcionamento das escalas, seus objectivos, utilidade e ganhos para o doente, família e Equipa.

Ambas as Equipas utilizam Instrumentos de Medida para avaliação de diversos sintomas, sistematizando as informações recolhidas e facilitando o processo de reavaliação em entrevistas subsequentes. Na ESCP de C. tive a possibilidade de utilizar a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) que permite avaliar nove sintomas muito comuns em doentes acompanhados pelas Equipas de CP: dor, falta de ar, apetite, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência e sensação de bem-estar, havendo a possibilidade de acrescentar um décimo sintoma específico para o doente. A ESCP de C. juntou ainda a esta Escala a avaliação de 3 situações frequentes como sejam a obstipação, a disfagia e a xerostomia. O seu uso é muito simples e rápido, fácil de entender por parte do doente e sua família já que o seu modo de aplicação consiste no uso da Escala Numérica associada a todos os sintomas avaliados, em que ao valor “zero” corresponde a ausência de sintoma e ao valor “dez” a expressão máxima desse mesmo sintoma. Para além da ESAS, a ESCP complementava a sua avaliação recorrendo ao uso de outras Escalas, nomeadamente: a Palliative Prognostic Score (PaP Score) que implica a avaliação de sintomas como a dispneia e a anorexia (ausente/presente), prognóstico (em semanas), contagem de leucócitos e percentagem de linfócitos, cálculo do Índice de Karnofsky e previsão da probabilidade de ocorrer morte no espaço de 30 dias; Índice de Barthel que avalia a capacidade funcional do doente para a realização das actividades de vida diária e o Teste de Pfeiffer para avaliação das capacidades cognitivas e estado mental do doente. A totalidade das Escalas são aplicadas numa primeira entrevista, desde que possível, em que não se verifique uma situação de necessidade de controlo sintomático premente. Sempre que se verificasse alteração significativa do estado geral repetia-se a avaliação usando todas as Escalas mencionadas. Em situações de estabilidade por parte do doente, usava-se apenas a ESAS. De referir que a Equipa tem uma folha de apoio e consulta para utilização das Escalas no interior do processo de cada utente o que facilita, em muito, a sistematização dos registos e relembra da importância da avaliação sintomática.

Em relação à ECSP de B., privilegiava-se o uso da ESAS, contudo, como não existem registos em formato papel, por vezes, as avaliações efectuadas não se tornam tão visíveis (apesar de todos os sintomas avaliados serem registados em suporte informático, apesar de diferido no tempo em relação à avaliação).

Efectivamente, e como já tive oportunidade de referir, a dor é o sintoma mais frequente e aquele que é passível de maior número de avaliações. De facto, a dor é, segundo a SECPAL (2001), uma experiência única, multidimensional e subjectiva. Estas características tornam difícil a sua avaliação. No entanto, a avaliação da dor é indispensável para o êxito do tratamento sendo necessária avaliá-la antes e durante o

tratamento e, também, depois do aparecimento de novos sinais e sintomas. Devemos ter sempre em atenção que, como refere Twycross (2003), a dor é total, engloba não só os aspectos físicos, mas também os psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento do doente. Para Gonçalves (2002), a dor tem grande influência na qualidade de vida interferindo ao nível do funcionamento físico, psicológico e social; provocando alterações do sono, do humor e da capacidade de desfrutar a vida. Torna-se imperioso ter como objectivo primordial, na assistência a um doente terminal, o alívio da dor.

Ao nível farmacológico, e de acordo com a SECPAL (2001), deve definir-se uma escala de analgésicos, que devem ser prescritos de acordo com a sua potência. De uma forma simples, Gonçalves (2002) diz-nos que se deve começar o tratamento com um não-opiídeo; se a dor não foi controlada, deve-se juntar um opiídeo para a dor ligeira a moderada; se mesmo assim a dor se mantém deve passar-se para um opiídeo para dor moderada a intensa. Devem também ser implementadas outras medidas gerais para o alívio da dor como massagens de conforto, técnicas de relaxamento, ocupação de tempos livres, favorecer o diálogo, entre outras medidas (Sapeta, 2003).

Considero pertinente referir o caso de um utente acompanhado pela ESCP de C., referenciado à Equipa pelo seu médico de família e que chega à consulta de ambulatório com dor não controlada e muito exacerbada.

O facto da dor estar de tal forma descontrolada não permitiu a abordagem *standard* com uma avaliação através de escala de intensidade da dor ou a construção da história da dor. Aliás, o sofrimento era tão pronunciado que o utente não tinha posição e não conseguia manter um discurso coerente, pelo que o estabelecimento de uma comunicação eficaz não era viável nesse momento. Nesta situação, a abordagem foi questionar o utente quanto à medicação analgésica que tinha feito nesse dia e quantos resgates tinha usado. Iniciou morfina SC, passados 40 minutos sem alívio aparente, foi cateterizada veia periférica, mantendo a morfina como linha terapêutica. Apenas quando a dor começou a aliviar, foi possível encetar um diálogo com o utente de forma a obter a maior quantidade de informações que pudessem auxiliar a equipa e doente a estabelecer um plano de intervenção adequado à principal necessidade do doente, o controlo da dor.

Dado que o doente não tinha família próxima, optou-se por interná-lo para um controlo eficaz e monitorizado da dor. No dia seguinte ao internamento, aquando da visita da equipa ao doente, foi notória a sua melhoria e alívio da dor, pois o doente parecia ter-se transfigurado, encontrando-se muito comunicativo, referindo que o que lhe retirava a qualidade de vida era, efectivamente, a dor. Ao tê-la controlada, já podia pensar em regressar a casa, local onde se sentia melhor. O que veio a acontecer passados uns dias, com a conversão da morfina endovenosa para a via oral.

Julgo que o relato desta situação prática que vivenciei retrata, de forma clara, a importância que o alívio e controlo de sintomas tem na qualidade de vida do doente.

3.4. Actua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade

A maior parte dos doentes que acompanhei tinham condições e manifestavam o desejo de permanecer no seu habitat natural, contudo, houve situações de agravamento de sintomas ou novos sintomas que surgiram que implicavam uma abordagem diferente e, em última instância, internamento. As funções de coordenação e assessoria das Equipas representam um papel fundamental neste tipo de situações já que, muitas das vezes através de orientação telefónica, se possibilita uma intervenção adequada e ajustada que resolva, no menor espaço de tempo possível, o sofrimento do doente e sua família. O trabalho multidisciplinar e interequipas facilita e melhora, substancialmente, a qualidade de vida e conforto destes doentes e suas famílias. Destaco a importância da humildade para pedir colaboração, assim como a humildade para orientar e delinear estratégias, sempre em prol do doente e família. A disponibilidade e prontidão de resposta das Equipas às solicitações de assessoria ou de assistência directa permite, de facto, que a intervenção seja o mais precoce possível, de forma sustentada, na procura do controlo e alívio de sintomas ou na sustentação e apoio da família em tomadas de decisão complexas. Estas situações de maior complexidade tornam-se desafiantes para todos os intervenientes já que, apesar de todos os esforços conjuntos, por vezes pode acontecer que as primeiras medidas de acção não surtam o efeito desejado, o que eleva a complexidade e ansiedade de todos: Equipa, doente e sua família. Daí a importância de registar e planificar todas as acções e terapêuticas implementadas para que, de forma sistematizada e rápida, se possa rever todo o processo e ponderar as alterações necessárias, trabalhando, ao mesmo tempo, o apoio ao doente e família no estabelecimento de uma relação sólida de confiança, que facilite a intervenção da Equipa e que nos permita “jogar” com todos os dados disponíveis, quando o doente e família se sentem sustentados e verdadeiramente ouvidos nos seus problemas, anseios e necessidades.

3.5. Avalia e controla necessidades psico-sociais e espirituais dos doentes e família

As necessidades psico-sociais e espirituais tornam-se as mais complexas de avaliar e controlar. Exigem uma disponibilidade e escuta activa para que se possam alcançar os verdadeiros propósitos e vontades que nos estão a ser transmitidos e, nem sempre, de

forma clara mas, muitas das vezes, de forma velada. A relação de confiança estabelecida com os profissionais torna-se o veículo que facilita a comunicação e partilha de sentimentos e angústias, pedidos de ajuda em questões metafísicas ou práticas do dia-a-dia. É importante tentarmos perceber o contexto daquele doente e sua família para que possamos intervir de encontro às suas necessidades e exigências. O doente poderá reconhecer um exagero na intensidade das suas emoções e poderá concluir que não está a lidar com a sua situação de doença da melhor forma possível. Este poderá ser o primeiro sinal para um pedido de ajuda, com necessidade de clarificar ideias e de apoio, tanto por parte dos profissionais, como por parte da sua família e pessoas significativas. A intervenção passa, necessariamente, pelo estabelecimento de uma comunicação e escuta activa eficazes, com disponibilidade de tempo para que o doente e família possam exprimir as suas angústias e medos, validando as informações obtidas e delineando, de forma conjunta e em Equipa, as melhores intervenções a adoptar para alívio/controlo dessas necessidades psico-sociais e espirituais.

3.6. Analisa em profundidade e actua como consultor em aspectos éticos, legais e culturais inerentes aos CP

Cuidar não é, de forma alguma, um processo simples e linear. Implica lidar com situações complexas e de elevado nível de dificuldade que exigem estratégias de igual complexidade. Ao lidarmos com a vida humana, sobretudo numa situação de fragilidade e do aproximar eminente da última etapa da vida terrena, as questões éticas assumem contornos de destaque, essencialmente se existem situações não resolvidas ou de negação do processo de doença. O mesmo se verifica em caso de conflitos familiares e de pedidos de Conspirações do Silêncio ou de “mentiras piedosas”. É fulcral mantermos leais aos pressupostos dos CP e à verdade acima de tudo. Manter as relações de confiança e terapêutica estabelecidas e permitir a esperança realista. Deve haver espaço para debate de ideias e desmistificação de ideias preconcebidas e mitos associados a tratamentos farmacológicos, a clarificação de conceitos de eutanásia, encarniçamento terapêutico e sedação paliativa. Se pusermos na mesa todas as opções e clarificarmos as opções terapêuticas, mais facilmente conseguiremos dar resposta a estes dilemas. Caso a situação se coloque entre profissionais de diferentes Equipas e a Equipa de CP é importante demonstrar, à luz dos actuais conhecimentos científicos e evidências práticas, que os CP são uma ciência rigorosa e solidamente assente em pressupostos científicos demarcadamente comprovados internacionalmente.

Os profissionais de saúde que acompanham doentes em fim de vida são, inúmeras vezes, confrontados com dilemas éticos que se transformam em verdadeiros desafios, sendo crucial que estejam preparados para evitar conflitos, devendo ter presentes os

quatro Princípios Bioéticos: Autonomia (auto-determinação), Beneficência (fazer o bem), não-Maleficência (não provocar danos) e Justiça (equidade) (Watson et al, 2010). O processo de morrer e a morte em si, criam questões éticas profundas sobre o sentido e valor da vida humana. Watson et al (2010), refere que se um doente no nosso contexto prático nos questiona sobre eutanásia, isso pode ser significativo de assuntos não resolvidos, medo ou culpa que necessitam de ser avaliados e explorados.

Através das perícias de comunicação e no estabelecimento de uma relação de confiança doente-profissional, essas atitudes e medos podem ser “desmontados” e estabelecer-se um plano de intervenção, diminuindo a necessidade de um pedido deliberado para abreviar a sua vida. Ellershaw e Wilkinson (2005) enumeram as questões éticas mais frequentes em CP: a ressuscitação cardiorrespiratória, a hidratação/nutrição, a eutanásia e a sedação paliativa. Já Pereira (2008:98) aborda as questões éticas na perspectiva da comunicação. Esta autora refere que “(...) as opiniões no domínio da informação (...) colocam-se em dois pólos extremos, a “verdade” e a “mentira” (...) outros ainda optam pelo silêncio”. Esta situação pode ocorrer devido a conflitos entre a preocupação em respeitar os direitos do doente e por outro lado, a vontade de os proteger.

Como profissionais de saúde devemos revestir-nos dum conjunto de atitudes morais das quais se destacam o respeito incondicional pela vida humana e sua dignidade, assim como a aceitação da finitude humana. A pessoa humana é um fim em si mesma, um ser único e irrepetível dotado de dignidade própria que, por intermédio da sua consciência, age livremente e se auto-determina. Enquanto seres autónomos, temos o direito de decidir sobre a forma como queremos ser cuidados e teremos sempre uma palavra a dizer acerca do nosso plano terapêutico. Como Profissionais do Cuidado devemos respeitar essa autonomia do doente, ao respeitar as prioridades e objectivos por ele traçados, não escondendo a informação desejada e respeitando a sua vontade de não ser tratado, quando o tratamento simplesmente nada mais faz que prolongar o processo do morrer (Princípio da Autonomia). Estaremos a proporcionar ao doente a tomada de decisão no seu processo de morte, sem lhe retirar a sua dignidade. Contudo, nesta procura pelo respeito da vida até à morte, não poderemos entrar numa atitude de obstinação terapêutica, de tratamentos fúteis e inúteis ou de paternalismo que agravam o sofrimento, prolongando a vida do doente. Teremos de ser capazes de deixar a morte ocorrer enquanto processo natural, não a atrasando nem apressando, muito menos provocando-a, mesmo que a pedido do doente (Princípios da Beneficência e não-Maleficência). Se as nossas atitudes terapêuticas e relacionais se centrarem no benefício do doente e sua família, terão sempre sentido e acrescentarão qualidade e dignidade aos cuidados prestados, estaremos a actuar sempre no melhor interesse do doente. Perante um doente em fase terminal temos de ter sempre presente que este é

uma pessoa capaz de tornar a vida numa experiência rica de crescimento e plenitude, de se relacionar e de decidir até ao seu momento final. Cabe-nos partilhar e intervir activamente no processo de morrer, companheiros na morte em busca do sentido da vida.

No decorrer da Prática Clínica, a questão ética com que me deparei, em ambos os contextos de Estágio, foi relativa à hidratação. Ao acompanhar a ESCP de C. pude conhecer uma utente em situação de oclusão intestinal. Em consulta de ambulatório, a senhora veio acompanhada das filhas. Foi-lhes explicada pelo Médico a situação clínica, possibilidades terapêuticas, vantagens e desvantagens de cada uma delas e prognóstico. Recordo-me da firmeza de decisão da utente que, prontamente, respondeu que não pretendia tratamento cirúrgico, que apenas precisava da certeza de poder continuar a contar com o apoio da Equipa para alívio dos sintomas e da sua família para que pudesse permanecer em casa. Apesar de alguma relutância por parte de uma das filhas, ambas acabaram por aceder à vontade da mãe e respeitar a sua decisão (livre e informada).

Assim, foram informadas da impossibilidade de ingestão de qualquer alimento ou líquido pela boca, foram explicados os cuidados orais a ter para combater o desconforto/xerostomia, as intervenções terapêuticas para controlo das náuseas e vómitos (através de administração via subcutânea), a intervenção para alívio da dor (conversão do tratamento analgésico da via oral para a via subcutânea e transdérmica). Por fim, foi validada toda a informação transmitida pela Equipa à utente e família e agendada nova consulta, sendo que no dia seguinte iriam ser contactadas via telefone. O que mais me marcou e me fez reflectir nesta situação foi a resposta imediata daquela utente, sem qualquer dúvida acerca do seu futuro e de como gostaria de passar os seus últimos momentos, assim como a capacidade e esforço das filhas para apoiar e satisfazer o desejo da sua mãe e a sua disponibilidade para manterem os cuidados no domicílio. A intervenção da Equipa foi, também ela, criteriosa e sensível, empática e de verdadeira disponibilidade para com a utente e família, seguindo as *guidelines* para a comunicação de más notícias e no apoio à tomada de decisão consciente e informada. Segundo Buckman (2010) a relação entre doente e profissional de saúde pode resumir-se a duas equações básicas, o utente deverá ser entendido como a soma da doença e da pessoa em si, enquanto o tratamento será a soma da intervenção terapêutica com o profissional de saúde e sua atitude. Para este autor, a melhor e mais útil técnica de comunicação é a resposta empática, considerando-a a forma mais simples e directa de conhecer as emoções do doente ao permitir que se expresse e dando-lhe a conhecer que estamos disponíveis e atentos para o ouvir e interpretar as suas necessidades e emoções. De referir que a senhora faleceu nessa semana, em casa, de forma pacífica, acompanhada da sua família.

Enquanto acompanhava a ECSCP de B. a mesma questão foi levantada, embora neste caso, apenas tenha sido no campo hipotético, já que o quadro não se veio a instalar durante a minha permanência. Contudo, foi uma oportunidade muito interessante de observar como se dissipam receios quanto ao futuro e avanço progressivo da doença, sendo que a questão foi colocada pelo cuidador informal, que mostrava muito receio quanto à possibilidade do seu ente querido vir a “morrer de fome ou de sede”. A Equipa abordou a questão referindo as evidências científicas actuais quanto aos benefícios/males da hidratação/alimentação artificial, expôs como seria previsível o avanço progressivo da doença e de que forma esta se manifestaria. Este tema foi trabalhado durante várias visitas, até não restarem dúvidas ou receios por parte da família.

3.7. Comunica de forma terapêutica com o doente, familiares e Equipa de Saúde

A comunicação está presente em cada momento de intervenção em CP. Aliás, é através duma comunicação eficaz e centrada no doente e sua família que conseguimos os maiores ganhos para cuidar do nosso doente e família. É através da comunicação que colhemos informações, que prestamos esclarecimentos, que possibilitamos o estabelecimento de uma relação de confiança. De facto, a comunicação torna-se a nossa “melhor arma de intervenção”, sendo vital o seu treino e aperfeiçoamento, pois é uma habilidade que pode e deve ser treinada. É uma das áreas que maior desafio representa para mim e que mais tenho tentado concretizar. Desta forma, estive sempre disponível para aprender com os profissionais com quem trabalhei, observando e absorvendo as suas técnicas de comunicação, avaliando em Equipa, os aspectos positivos e menos positivos de determinadas intervenções. A importância dos períodos de silêncio e da atenção dispensada aos detalhes do ambiente onde ocorre o diálogo. A importância de mostrar verdadeira disponibilidade e tempo para estar com o doente e sua família. A importância de gestos simples como o estar sentado e ignorar o relógio. O permitir a expressão de sentimentos e validar a importância desses momentos.

Para a Consejería de Salud (2003), as capacidades de comunicação são importantes na medida em que permitem facilitar a comunicação com o doente e família, implicando tempo para se poderem desenvolver adequadamente. Destas capacidades de comunicação destacam-se as seguintes:

Empatia - capacidade de nos ligarmos ao outro, de nos pormos no seu lugar e de entendermos as suas emoções. Devemos ser capazes de integrar os seus sentimentos e medos face à morte para melhor podermos lidar com essa situação. A empatia pode ser entendida como uma atitude, estilo pessoal, uma capacidade de comunicação que

favorece o desenvolvimento de uma relação interpessoal positiva. Quanto mais empáticos formos, melhor será a relação de ajuda estabelecida com o doente.

Comunicação não verbal - caso a comunicação verbal e a não verbal digam o mesmo, estamos a aumentar a eficácia da comunicação e a reforçar a relação estabelecida. Pelo contrário, se comunicarmos uma coisa verbalmente e a nossa expressão indicar outra, estamos a deteriorar a relação e o que acaba por prevalecer é a comunicação não verbal. Este tipo de comunicação inclui o nosso posicionamento corporal (de pé ou sentado), o local onde nos encontramos, a direcção do olhar, a nossa atenção e capacidade de escuta, o tempo dedicado, a atitude, o contacto físico e visual, a expressão facial, os movimentos da cabeça, a nossa proximidade e orientação, a aparência e aspecto físico. A atitude adequada para escutar será sentados ao lado do doente, nunca de pé nem com os braços cruzados. Escutando conheceremos melhor as respostas que o doente precisa e se está em condições de as receber. É preciso escutar o que dizem e o que implicam as palavras. Esta escuta exige de nós uma atenção desperta, activa que formula perguntas e sugere respostas. Também o silêncio pode ser considerado um modo de comunicar porque como diz o ditado: “um silêncio vale mais que mil palavras”.

Escuta activa - ouvir não significa necessariamente escutar. Enquanto ouvir é um acto passivo, a escuta implica tomar parte do que se está a escutar, é necessário que se tenha uma atitude activa. Devemos estar atentos ao que o doente e família nos dizem, como o dizem e o que querem dizer, implicando, por parte do Enfermeiro, uma participação activa, seja pelo reforço de uma ideia referida, pelo resumo dos tópicos essenciais ou reforçada pela nossa comunicação não verbal de forma a facilitar a progressão do diálogo por parte do doente e ele sentir que não está sozinho e que, de facto, estamos ali presentes de corpo e alma.

Reforço - considera-se reforço qualquer evento interno e/ou externo adjacente a uma conduta e que aumenta a probabilidade de que essa conduta se repita no futuro, isto é, o reforço pretende estimular as acções e atitudes positivas do doente. É muito importante que o doente perceba a relação causa-efeito entre o seu comportamento e os seus benefícios/malefícios. Ao reforçarmos os aspectos positivos, estamos a aumentar a auto-estima e a consolidar a relação de ajuda, estamos a aumentar a receptividade do doente face a uma eventual crítica na altura de pedir uma mudança de atitude e/ou comportamental.

Espaço para o diálogo - é importante que o doente/família sintam que têm um tempo/espaço no qual possam colocar as suas questões e inquietações.

Assertividade - capacidade de defender os nossos interesses e opiniões face a outrem sem agressividade, sendo fundamental em situações de conflito com o doente, família ou Equipa.

Para a Consejería de Salud (2003), as más notícias são aquelas que modificam radical e negativamente a ideia que o doente tem do seu futuro. Por mais que se tente, as más notícias nunca soam bem. Como forma de atenuar o choque, devem observar-se determinados passos como: nunca mudar a honestidade da mensagem como forma de melhorar a sua aceitação. Deve-se manter uma esperança real, saber primeiro o que o doente já sabe pois conhecendo o que ele sabe podemos estimar o que separa as suas expectativas da realidade, averiguar quanto querem saber antes de informar. Depois de se pronunciar palavras como “cancro, morte e não há mais tratamento”, a pessoa poderá não recordar mais nada do que seja dito posteriormente, ocorre o denominado bloqueio pós-informação. O doente esquece 40% da informação recebida e mais ainda se forem más notícias. Não devemos cair no erro de lhes dizer que sabemos como se sentem e devemos dar-lhes tempo para que se adaptem, tempo de transição, entre sentir-se saudável e gravemente doente. Dar sintomas em vez de diagnósticos, não mentir, perguntar como se sente, que outras coisas o preocupam. Também não se deve cair no erro de estimar numericamente o tempo de vida que lhe resta. Dar um limite temporal é irreal, inseguro e inútil. É preciso aprender a viver com a dúvida, assegurar ao doente cuidado e apoio continuado por todo o tempo que lhe resta e de que haverá sempre algo a fazer, pois o medo do futuro pode bloquear o presente (Jarret e Maslin-Prothero, 2004).

A auto-estima, isto é, a estima que cada um tem por si próprio, o juízo que cada um faz de si mesmo e que é condicionado pela escala de valores sobre a qual foi construído, representa um papel muito importante no processo de adaptação do doente ao seu processo patológico terminal. É muito importante podermos ser capazes de analisar quais são os valores que a influenciam e se estes são flexíveis ou rígidos e se foram impostos ou adquiridos livremente. Em fase terminal e face à presença da aproximação da morte, uma baixa auto-estima pode conduzir o doente a fazer um balanço negativo da sua vida, causando um sofrimento adicional. O profissional de saúde deve ser capaz de ajudar o doente a melhorar a sua auto-estima escutando-o activamente, transmitindo-lhe o seu apreço e respeito em cada contacto, tratando-o de uma forma personalizada, reforçando as atitudes positivas e elogiando os esforços e os pequenos ganhos diários que possam ocorrer (Consejería de Salud, 2003).

Como já foi referido, a procura pelas reais necessidades do doente e sua família pode necessitar de encontros programados e sustentados num plano de intervenção, seja para esclarecimento de dúvidas ou receios, seja para estabelecimento do plano terapêutico e de intervenção (Hudson et al, 2008). As conferências familiares podem ser de grande utilidade para auxiliar a Equipa e o doente/família a atingirem um estado de confiança mútua com fortalecimento desta relação se as conferências forem realizadas de forma proactiva e preventiva e não apenas em situações de crise/conflito.

Ao longo do período de Estágio Clínico não tive a oportunidade de assistir ou de participar em conferências familiares, contudo, pude assistir a uma consulta inter-equipas que resultou muito semelhante a uma conferência familiar. A ESCP de C. foi solicitada a intervir no caso de um senhor com uma neoplasia do foro hematológico sem possibilidade de resposta ao tratamento curativo. A Equipa de Hematologia já tinha abordado a questão da impossibilidade/não benefício em manter as transfusões sanguíneas, situação que não foi bem aceite pelo doente e família. A ESCP interveio para iniciar o acompanhamento do doente e família em contexto domiciliário (a reunião ocorreu no quarto do doente, no Hospital, em ambiente controlado e com a presença da família).

Numa primeira fase a recusa foi imediata porque, nem o doente nem a família queriam ir para o domicílio, não concebendo a ideia de parar as transfusões sanguíneas. Foi explorado o que o doente sentia, o que pensava sobre a sua situação clínica e foi evidente que, tanto ele como a família, conheciam a evolução e prognóstico da doença mas negavam, naquele instante, aceitar ou sequer confrontar-se com essa realidade. Foi agendada nova visita da Equipa para o dia seguinte. À saída a esposa do doente abordou a Equipa com algum desagrado pois o marido, segundo ela, não sabia o que tinha e nós devíamos ter-lhe “poupado esse sofrimento porque agora ele ia ficar deprimido e ia partir rapidamente”. Procurou-se um espaço para que se pudesse esclarecer toda a situação. Foi explicado à esposa que a Equipa não compactuava com situações que não a da verdade e da capacidade de escolha do marido quanto ao ser informado ou não, da quantidade de informação que pretendia saber, respeitando a sua vontade e desejo e estando disponíveis para os acompanhar durante todo o processo. Foi dada a possibilidade de se deslocarem ao espaço de consulta da Equipa para conhecerem as instalações, o modo de funcionamento e o tipo de ajuda e acompanhamento que lhes poderia ser facultado.

Na visita do dia seguinte, o doente e família mostravam-se mais calmos e disponíveis para dialogar com a Equipa e aceitaram o seu acompanhamento. Esta situação retrata não só a importância da comunicação de más notícias, como a “facilidade” com que nos deparamos com pedidos de conspirações do silêncio e da importância de clarificar muito bem os propósitos da Equipa e suas intervenções a todos os participantes do processo, doente e família. Infelizmente não pude continuar o acompanhamento deste caso já que o período de Estágio terminou quando a Equipa iria iniciar o acompanhamento no domicílio deste doente e sua família mas tenho plena consciência de que seria um desafio complexo para a Equipa e que implicaria algumas conferências familiares.

3.8. Implementa programas de luto para doentes e familiares

O surgimento de um processo patológico terminal é bastante perturbador e provoca reacções de carácter social de enorme importância para o doente e sua família. Após conhecimento da doença, o doente manifesta reacções emocionais e comportamentais e, em função de alguns parâmetros pessoais, o que lhe causa maior receio e preocupação é a possível e próxima probabilidade de ter de se separar “definitivamente” daqueles que ama. Face a esta situação, o sistema sujeito-família sofre o que Antón Aparício e Mosquera Pena (2006) designam de fenómeno de Big Bang.

As reacções do doente quando precisa de informações acerca da sua doença, dependem de uma série de aspectos, tanto pessoais como referentes ao meio que o rodeia, como sejam a proximidade da morte física e social que causam uma negação da situação e que podem conduzir a uma atitude de fuga. A angústia desta situação provoca no grupo familiar uma incapacidade de comunicação. O que devemos fazer numa situação destas é darmos um sentido à vida do doente e dotar os seus últimos dias de vida de pequenos gestos como torná-lo participante activo na tomada de decisões, fornecendo-lhe informação credível, de forma contínua, ajuda emocional, psicológica, social e espiritual. A nossa acção deverá impedir que o doente sinta que vai morrer sozinho (Twycross, 2003).

Em CP, a unidade a cuidar será sempre o doente e a sua família. A situação da família de um doente terminal é caracterizada por um grande impacto emocional pela presença de vários temores e medos que nós, como profissionais de saúde, deveremos reconhecer e abordar na medida do possível. A morte está sempre presente, assim como o medo de ver sofrer alguém amado, a insegurança face à evolução da doença, os problemas que poderão surgir... Muitas vezes é a primeira confrontação com uma situação deste género e não podemos esquecer que a insegurança e inquietude da família se repercutem no doente e no seu bem-estar.

O impacto da doença terminal sobre o ambiente familiar pode tomar distintos contornos, segundo os factores predominantes que podem ser relativos à doença em si (controlo de sintomas, informação disponível), como relativos ao ambiente familiar e circunstâncias de vida do doente, como sejam:

Estrutura familiar: interessar-nos-á conhecer o tamanho, os componentes do núcleo familiar e os elementos de apoio;

Funcionamento familiar: Há que considerar o momento do ciclo vital da família e a adaptação ao mesmo, os papéis estabelecidos, as crenças, as expectativas familiares, o grau de ajuda disponível e o nível de comunicação intrafamiliar;

Grau de informação: é indispensável saber que membros da família conhecem o diagnóstico real da doença e que informação foi transmitida ao doente;

Expectativas familiares face à doença: deve-se perguntar directamente sobre:

- Como vão organizar a prestação de cuidados?
- Onde desejam que aconteça a morte?
- Que tipo de cuidados realiza cada familiar?
- Conhecem os desejos do doente?
- Existem cenários temidos ou medos?

Deveremos conhecer se existem experiências prévias semelhantes e o seu impacto na família;

Identificação de papéis: Devem identificar-se os distintos papéis familiares, especialmente o de cuidador principal e os de cuidadores secundários, sem esquecermos os membros mais vulneráveis da família (crianças e familiares que vivem longe);

Situação económica e domiciliária: capacidade financeira para suportar os gastos com a satisfação das necessidades do doente e da família, assim como as condições de habitabilidade do domicílio (Consejería de Salud, 2003).

Devemos ter em conta que, para a família, o poder ter uma tarefa a desempenhar no cuidado directo ao seu familiar doente é uma forma de diminuir o impacto da situação.

O passo seguinte será planificar e executar a integração plena de toda a família mediante sessões de educação, apoio prático e emocional, ajuda na reabilitação e recuperação familiares... Esta atitude de valorização familiar deve ser feita regularmente já que poderão ocorrer alterações bruscas a nível familiar como o surgimento de uma crise. A família deve ter acesso a informação clara e precisa que lhe permita participar nos cuidados ao doente como sejam a alimentação, higiene, posicionamentos, medicação, eliminação vesical e intestinal... Assim como linhas orientadoras de como agir caso ocorra alguma alteração no estado do doente como crises de agitação psicomotora, amargura, agonia...

A família deverá ser considerada como um sistema integral, uma vez que através da interacção entre os membros da família, adquirem-se novas qualidades que os elementos não possuem enquanto unidade individual (Pereira e Lopes, 2005). Este processo de interacção permite formar um todo único a nível estrutural, funcional e de integração. Qualquer modificação que surja num elemento provoca, necessariamente, uma alteração nos outros e, muito frequentemente, em todo o sistema. É devido a esta interacção que o sistema integral vai exercer uma influência activa em todos os elementos que faz com que estes experimentem alterações, perdendo algumas propriedades que possuíam enquanto indivíduos não pertencentes ao sistema e desenvolvem outras que anteriormente não possuíam.

Podemos considerá-la como um sistema porque:

- Os sujeitos que constituem o sistema convertem-se em algo diferente do que eram antes e adquirem maior estabilidade;
- Os elementos são o todo constituinte e determinam as qualidades do sistema;
- O sistema possui uma organização interna, um modo específico de interconexão e interacção dos elementos que o formam;
- A conservação e funcionamento dependem da autonomia e estabilidade da estrutura;
- Todo o sistema integral se encontra em constante processo de desenvolvimento e maturação.

A família, ao possuir estas características, poderá ser considerada como um sistema integral (Consejería de Salud, 2003).

Ao aproximar-se a fase final de vida do doente, a família necessitará de apoio, pois o modo como a família lida com o doente vai interferir na forma como o doente reage e aceita a sua aproximação à morte (Pereira e Lopes, 2005). A família deverá ser orientada no sentido de viver o dia-a-dia, de aceitar as limitações do doente e iniciar a preparação para o processo de luto. García et al (2010) define o luto como uma reacção adaptativa natural face a qualquer tipo de perda, sendo mais intensa e exuberante na sequência da perda de um ente querido, manifestando-se por uma complexa sucessão de sentimentos que levam algum tempo a ser ultrapassados.

Rojas et al (2008) citando Gómez Sancho (1998) define três etapas pelas quais se desenvolve o processo de luto:

O início - choque inicial que pode conduzir a alterações neurofisiológicas, ao sentimento de recusa e incredulidade, surgindo, por vezes, a negação. É definido como um sistema de defesa primário. Normalmente, esta fase é de curta duração;

O núcleo - caracteriza-se por um estado depressivo que se pode prolongar por meses. Este estado depressivo exprime o trabalho de libertação que a pessoa realiza para se libertar da perda do ente querido;

Etapas final de luto - esta etapa envolve novas perspectivas quanto ao futuro com o traçar de novos objectivos e vontade de exprimi-los. Há uma atenuação do estado depressivo e a pessoa está mais disponível para socializar. A principal característica desta fase é a capacidade de voltar a amar de novo.

Para Pereira (2008) a forma como cada um lida com a perda e o luto pode revestir-se duma oportunidade única para crescer, ser criativo e permitir realizações importantes, sendo sempre um processo individual condicionado por aquilo que a pessoa é enquanto ser holístico.

García et al (2010) propõem um conjunto de intervenções por parte dos Profissionais de Saúde, antes e depois do falecimento do doente. Assim, antes do

falecimento ocorrer é de suma importância que os Profissionais ajudem a família, o doente e pessoas significativas a despedirem-se. O controlo de sintomas adequado e eficaz; a informação da família sobre diagnóstico e prognóstico; a informação do diagnóstico ao doente; capacitar os familiares para intervirem nas actividades do cuidar que podem realizar; estimular a comunicação entre doente e família; preparar a família para a fase de agonia; informar a família com alguma antecipação da aproximação eminente da morte e recomendar que todos assistam às cerimónias fúnebres pode ajudar a família e pessoas significativas a conduzirem um processo de luto normal, já que lhes permite tomar consciência do ocorrido. Contudo, a intervenção profissional não pode terminar no momento do falecimento do doente. O acompanhamento da família após o falecimento é deveras importante para um processo de luto “saúdável” e permite despistar atempadamente eventuais complicações e processos de luto patológico. Assim, podemos adoptar algumas medidas interventivas após o falecimento do doente como sejam: esclarecer dúvidas quanto à morte e processo de acompanhamento do doente nos seus últimos dias de vida; falar sobre as circunstâncias em que ocorreu a morte e os sentimentos vivenciados; explorar se existe algum sentimento de culpa; validar/valorizar os cuidados prestados pela família; desmistificar falsas crenças que não permitam a expressão de sentimentos (“é melhor não recordar para não sofrer”); explorar o que pretendem fazer com os objectos pessoais e pertences do falecido; aconselhar decisões ponderadas e não seguirem o impulso do momento; informar sobre a evolução do processo de luto e oferecer a possibilidade de consultas, nomeadamente de Psicologia.

O processo de luto inicia-se antes da morte física do doente. É importante permitir os lutos diários das perdas que vão ocorrendo, sejam físicas, sociais ou emocionais. A preparação da família para o momento da morte de forma antecipada reveste-se não só do esclarecimento de aspectos práticos como sejam de quem chamar caso a morte ocorra em casa, mas também de aspectos de cariz religioso, espiritual ou existencial. Relativamente a aspectos formais foi-me possível verificar alguns procedimentos protocolados, nomeadamente na ESCP de C. na qual existe uma carta modelo de condolências enviada à família do doente acompanhado pela Equipa. A programação de visita domiciliária ou chamada telefónica é também uma prática no processo de luto, quer da Equipa pela perda de um doente, quer pela família pela perda do seu ente querido. A possibilidade de consultas de Psicologia ou a porta em aberto para futuros contactos acaba por ser uma mais-valia para as famílias que se sentem acompanhadas e amparadas pela Equipa e que reconhecem a sua importância e apoio incondicional durante todo o processo. Este acompanhamento permite o despiste precoce de estados depressivos ou eventuais lutos patológicos, o que permite uma intervenção precoce no tempo e permite reduzir a eventual gravidade da situação.

3.9. Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da Equipa de CP

O facto de ter integrado as Equipas e de me ter sentido mais um elemento da Equipa foi facilitador das intervenções e do alcançar de objectivos, facilitando, em muito, o processo de assimilação de conhecimentos, técnicas e perícias nas diversas áreas-chave dos CP. Tive total liberdade para expor as minhas dúvidas, sugestões e confrontar ideias com as Equipas. O facto de conhecer as normas e procedimentos de cada Equipa facilita o delinear de intervenções e colheita de dados, assim como o estabelecimento de um plano de cuidados personalizado a cada doente e família. A possibilidade que tive de contactar com diversos níveis assistenciais enriqueceu, ainda mais, a minha experiência e destreza no planeamento das intervenções e planos de cuidados e despertou-me para as diferentes especificidades de cada contexto assistencial.

A realização da primeira entrevista a um doente que inicia o acompanhamento por parte da Equipa tornou-se um desafio maior no contexto espanhol, já que a língua podia dificultar a colheita de dados, assim como “deturpar” as informações que queríamos transmitir. Como os Serviços Hospitalares espanhóis permitem a permanência contínua de um familiar a acompanhar o doente, as entrevistas que decorrem em meio hospitalar estão facilitadas quanto ao contacto com a família, facilitando a primeira abordagem e a obtenção de dados como sejam os antecedentes pessoais e a construção do genograma familiar.

A abordagem utilizada em cada contacto depende, em muito, da especificidade da situação clínica do doente e quais as necessidades de “primeira linha” que necessitam de intervenção imediata, mais patente a nível de controlo sintomático. Quando o primeiro contacto implica controlo sintomático urgente, a abordagem, em termos de conceitos, missão e filosofia da Equipa, é mais sucinta, cingindo-se à explicação de quem são e quem constitui a Equipa, e de que estão disponíveis para ajudar e os acompanharem na sua doença. Avalia-se o doente com recurso às escalas já mencionadas, identificam-se os sintomas que necessitam intervenção imediata e discute-se o plano de acção, explicando todas as opções terapêuticas disponíveis, efeitos secundários possíveis e técnica de administração (no caso de terapêutica SC). Toda esta intervenção é efectuada na presença da família.

No final agenda-se o contacto telefónico, visita domiciliária ou consulta em ambulatório, validam-se os conhecimentos adquiridos pelo doente e família e grau de percepção das informações transmitidas, prestam-se os cuidados (administração de terapêutica, realização de penso ou outro) e mostra-se disponibilidade para qualquer

assunto que queiram ver abordado ou esclarecido. No final, ambas as Equipas procedem ao registo informático das intervenções efectuadas, das avaliações e dados pessoais e clínicos obtidos. Quando a primeira intervenção ocorre no seguimento de uma referência por parte de outros Profissionais, em que não haja uma necessidade tão premente de controlo sintomático, a abordagem é mais direccionada para a filosofia dos CP, missão e objectivos da Equipa, seu funcionamento, explicitação da sua Carteira de Serviços e do tipo de acompanhamento que pode oferecer ao doente e sua família. Obtém-se a história pessoal e clínica, aplicam-se as várias escalas de Avaliação, abordam-se as preocupações e anseios do doente e família e esclarecem-se as dúvidas.

Apesar das intervenções em CP estarem bem fundamentadas e apoiadas na evidência científica, com a existência de inúmeros protocolos a aplicar na prática clínica diária, a condução de uma visita/entrevista a um doente e sua família não pode obedecer a um guião rigoroso, já que a nossa principal prioridade será ir de encontro às necessidades que o doente identifica como prioritárias. Claro que se a visita corresponder a uma conferência familiar ou a uma situação de transmissão de más notícias, a intervenção será estruturada previamente. Essencial para que tudo funcione, é o estar disponível para uma escuta activa, estabelecendo uma comunicação eficaz, que permita estabelecer uma relação terapêutica coesa, que dê resposta às necessidades do doente e família e que lhe proporcione o maior conforto e qualidade de vida possível.

3.10. Promove programas de formação em Cuidados Paliativos para diferentes Profissionais de Saúde

Nos diversos locais onde estive integrada em Equipa foi-me proposta a realização de actividades formativas, em colaboração com a minha colega de Prática Clínica. Assim, mediante sugestão das Equipas foram desenvolvidas duas acções formativas em contexto de Serviço, com temáticas vocacionadas para o controlo sintomático como sejam as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, apresentação solicitada pela ESCP de C. (Apêndices II e III); ou o tratamento de feridas/úlceras do doente em CP, sugerida pela ECSCP de B. (Apêndices IV e V). De referir que a formação em Serviço acerca do tratamento de feridas/úlceras do doente em CP decorreu em contexto de reunião mensal da Equipa alargada, sendo um momento privilegiado para a partilha de conhecimentos, experiências e troca de ideias e pontos de vista, assim como de evidências sustentadas pela prática clínica diária, permitindo-nos partilhar os conhecimentos adquiridos aquando da realização deste trabalho como forma de avaliação final da 2.^a PGCP em CP.

3.11. Estrutura e implementa programas em Cuidados Paliativos

A acção mais visível para a aquisição desta competência foi, sem dúvida, o desenvolver e implementar do Projecto de Intervenção no Local de trabalho. Desta forma estamos a sensibilizar os nossos colegas de Equipa e restantes parceiros para temáticas directamente relacionadas com os CP, sensibilizando-os e motivando-os para, no mínimo, estarem despertos para estas realidades e, de forma consciente, praticarem acções paliativas. Através deste Projecto foi possível propor um Protocolo de actuação para avaliação da dor que foi muito bem recebido pelos colegas e que poderá, a curto prazo, ser alargado à estrutura do Centro de Saúde de E.. Todo o desenvolvimento e aplicação do referido Projecto de Intervenção merecerá destaque na Parte II deste documento.

3.12. Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados

A avaliação e reavaliação da nossa actividade diária é um exercício extremamente importante para o nosso crescimento pessoal e profissional. Exercido individualmente ou em Equipa, possibilita momentos de partilha, de discussão de objectivos, intervenções ou acções realizadas. Permite delinear novas estratégias ou melhorar aspectos menos positivos em protocolos ou procedimentos já existentes. Manter um espírito crítico e construtivo facilita o processo de avaliação e é a principal forma de melhorar a qualidade assistencial aos doentes e famílias.

Ambas as Equipas, fosse no final de cada intervenção, fosse no final do dia de trabalho, procediam a um momento de análise e reflexão das suas acções. O facto de podermos partilhar e intervir nesses momentos aumentou a nossa capacidade de avaliação e de reflexão crítica quanto aos cuidados que prestamos diariamente. A análise de casos específicos e actuais facilita a detecção de intervenções menos conseguidas, assim como a planificação das intervenções a efectuar num próximo contacto.

Ao propor-me ao 1.º Mestrado em CP da ESALD, as minhas expectativas eram elevadas quanto aos conhecimentos e mais-valias profissionais que iria obter. Contudo, ao desenvolver a Prática Clínica, as minhas expectativas, já de si elevadas, foram largamente superadas. Ainda para mais, considero-me bastante privilegiada já que considero que ambas as Equipas nas quais fui acolhida foram um ambiente de perfeita harmonia e sincronização e verdadeiro Trabalho em Equipa. Ao optar por Equipas que desenvolvessem a sua actividade, essencialmente, em contexto comunitário, foi-me permitida a confrontação entre as suas práticas assistenciais enquanto Equipas especializadas com o meu contexto e ambiente de trabalho. Aliado ao facto de ter

conhecido duas realidades distintas, a espanhola e a portuguesa, maiores foram os ganhos e maior a oportunidade de reflexão e de partilha de opiniões e modos de vida.

Posso adiantar que, na larga maioria, consegui atingir de modo pleno os objectivos específicos que tinha traçado no início deste Processo educativo e prático. Saliento a facilidade com que me senti um elemento integrante de ambas as Equipas, com espaço e total liberdade na colaboração com as mesmas e para expor as minhas dúvidas e constrangimentos. A possibilidade e a existência de espaços de partilha entre todos os profissionais das equipas acaba por ser facilitador da integração nas equipas e ajuda a solidificar a relação de confiança com os elementos e a uma melhor apreensão dos protocolos, dinâmicas e tarefas específicas de cada Equipa. Apesar disto, é necessário estarmos conscientes do nosso papel no seio da Equipa e sermos razoáveis nas nossas intervenções e sabermos quando é melhor não intervir e assumir apenas papel de observador pois uma intervenção mal planeada ou deslocada no tempo pode comprometer a relação de confiança com a Equipa ou quebrar algum encadeamento de ideias que possa estar a ser exposto.

Assim, nem sempre foi possível participar de forma plena na admissão de novos doentes, seja por serem sentidas como “intrusas” na Equipa, às quais os doentes e familiares não conhecem ou não reconhecem competências para lidar com a sua situação de fragilidade. Ainda assim, foi possível a criação de ambientes terapêuticos, tanto em contexto domiciliário, como hospitalar que permitissem ao doente e família expressarem as suas necessidades e verem essas mesmas necessidades satisfeitas, fossem elas de cariz físico, psicológico, cultural ou espiritual. Como já referi, a maior parte das intervenções iniciais junto de um doente e sua família eram referentes ao controlo sintomático, fosse pelo agravamento dum sintoma anteriormente presente ou pelo surgimento de um novo sintoma que exigia avaliação e estabelecimento de um plano terapêutico, com utilização e aperfeiçoamento de técnicas específicas e não usuais no meu quotidiano profissional como a utilização da via SC para administração de terapêutica ou para hidratação.

Ao longo da Prática Clínica observei e reflecti que existe um elevado grau de concordância entre o que se preconiza a nível teórico e o que acontece a nível prático, sendo que, algumas vezes, o nível de concordância só não é superior devido a constrangimentos alheios às equipas como sejam a falta de material específico ou a procura excessiva dos seus cuidados o que pode atrasar o período de resposta. Ainda assim, o tempo de resposta a uma solicitação nunca ultrapassou as 24 horas seguintes ao contacto com as equipas, sendo que a larga maioria das avaliações ocorreram no próprio dia em que foi solicitada a intervenção das equipas.

PARTE II - Projecto de Intervenção

1. Projecto de Intervenção

O Projecto de Intervenção que me propus realizar começou a ser delineado durante a 2.^a PGCP da ESALD, mais propriamente na Unidade Curricular 8 - Trabalho de Equipa e Organização de Serviços de Cuidados Paliativos onde nos foi solicitado o desenvolvimento de um indicador de qualidade na prestação de cuidados (Apêndice VI). Após reflexão, acabei por optar pela área temática “Controlo de Sintomas”, mais propriamente pela avaliação da dor. Numa primeira fase, houve necessidade de conhecer a realidade do Serviço onde desempenhava funções. Assim, consultei os processos clínicos de Enfermagem, para apurar se a dor era registada e se, quando registada, se limitava à avaliação da sua intensidade ou se havia uma descrição da história de dor do doente em causa. O que vim a verificar foi que apenas 20% dos Enfermeiros avaliava a dor, sendo esse registo apenas referente à localização e intensidade da dor, o que era significativamente redutor e não permitia uma abordagem adequada e devidamente orientada para o alívio da dor. Após esta avaliação foi delineado um conjunto de intervenções cujo objectivo principal seria a sensibilização dos profissionais de Enfermagem para a importância e mais-valia duma correcta avaliação da dor, conduzindo-os a avaliar de forma correcta e como preconizado nas *guidelines*, tanto nacionais como internacionais.

Segundo a APCP (2006) todos os Serviços que prestem cuidados a doentes com doenças incuráveis e progressivas têm por missão satisfazer as necessidades dos doentes e famílias, respondendo de forma efectiva às necessidades identificadas, sendo a definição de critérios de qualidade crucial para a melhoria das práticas desenvolvidas, assim como para a uniformização de cuidados prestados. Também os Cuidados de Saúde Primários, onde exerço a minha actividade profissional, têm a seu cuidado muitos destes doentes. Assim, considerando a realidade em que me movimento, acho de extrema importância a efectiva e correcta avaliação da dor pois, como defende a SECPAL (2002) o nosso principal objectivo deverá ser sempre a melhoria da qualidade de vida e do conforto do doente e sua respectiva família, sendo que a correcta identificação de necessidades e um correcto controlo sintomático, aliado a uma comunicação eficaz e a um trabalho desenvolvido em Equipa serão os pilares orientadores da nossa intervenção.

A Avaliação da dor deverá ser considerada uma prioridade vital para quem presta cuidados, ainda mais em CP, sendo de extrema importância a sua avaliação e

monitorização, assim como o registo dessa avaliação, pois só o seu correcto registo permitirá espelhar essa mesma avaliação. Apesar da Circular Normativa da DGS N.º 09 DGCG de 14/06/2003 instituir a dor como sinal vital a ser avaliado, o que se constata nos Cuidados de Saúde Primários é que, muitas vezes, fica esquecido ou se é avaliado não é registada essa avaliação ou apenas se avalia a sua intensidade.

Foram delineadas as estratégias de intervenção (Apêndice VII) com o planeamento de uma sessão de formação em Serviço subordinada ao tema “Avaliação da Dor” (Apêndice VIII), com apresentação de duas propostas, uma para criação de uma folha de registo de avaliação da dor (Apêndice IX) e outra relativa à protocolização e uniformização quanto ao procedimento para avaliação da dor (Apêndice X). A implementação deste Projecto será uma mais-valia para a melhoria dos cuidados prestados mas, essencialmente, para um melhor controlo sintomático, a sua correcta e completa avaliação através de instrumento de avaliação pluridimensional, uma vez que este processo traz algumas vantagens, nomeadamente:

- Uniformização de cuidados, melhoria da qualidade dos registos e consequente melhoria na continuidade de cuidados;
- Melhor articulação entre objectivos terapêuticos definidos e intervenções efectuadas;
- Satisfação do doente pelo seu papel activo em todo o processo assim como melhor controlo sintomático;
- Motivação.

Apesar destas inúmeras vantagens, é necessário ter em conta que a aplicação destes instrumentos de avaliação poderão ter alguns inconvenientes/desvantagens, como sejam:

- Aumento da carga de trabalho devido ao tempo que possam levar a preencher;
- Dificuldade de comunicação com o doente que poderá não entender o instrumento de avaliação;
- Dificuldade em operacionalizar a informação obtida para um eficaz controlo da dor;
- Maior responsabilização pelas atitudes tomadas.

A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo pelo que a melhor definição será sempre a de que dor é aquilo que o doente diz que sente (Serrano-Atero et al, 2002). Sapeta (2007) refere que a dor é uma experiência única, íntima e pessoal pelo que é impossível conhecermos de

forma exacta a dor de outra pessoa. A avaliação da dor deve ser entendida como um processo multidimensional (Twycross, 2003) e, embora, como refere Gonçalves (2002) seja usual estes doentes terem mais que uma dor, cada uma deve ser avaliada de forma individual.

Cicely Saunders identificou outros factores importantes que podem influenciar a experiência de dor, tendo desenvolvido o conceito de “dor total” (Watson et al, 2010). Dor total pode ser entendida como uma combinação de factores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que actuam sobre a pessoa na sua totalidade. Esta impõe uma abordagem multidisciplinar que consiga, nomeadamente, tratar a dor com competência técnico-científica; valorar o sofrimento emocional e estabelecer intervenções adequadas; preservar/reconstruir os laços sociais e familiares e pacificar as perturbações espirituais que a pessoa refira e para as quais solicite ajuda. O objectivo será o de transformar a situação de dor total em bem-estar e qualidade de vida aceitáveis para o doente e família (Serrão, 2005).

Considerando que a falta de avaliação ou avaliação incorrecta da dor são as principais causas do insucesso num bom controlo e alívio da mesma, uma intervenção em Equipa e a integração do doente na Equipa como elemento activo no controlo da sua dor será a melhor forma de lhe proporcionar alívio e qualidade de vida (Watson et al, 2010).

Um dos objectivos primordiais da filosofia dos CP é a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Esta passará pelo controlo e alívio de sintomas. Para alcançar este propósito será de toda a relevância que exista um plano estruturado de intervenção para controlo de sintomas, neste caso o sintoma a avaliar e aliviar será a dor. Deverá haver um registo criterioso das avaliações, intervenções e estratégias adoptadas de forma a sistematizar e organizar os cuidados prestados e mais facilmente avaliar a eficácia do plano delineado, permitindo a continuidade de cuidados, avaliação do processo de cuidar, implementação de melhorias e o desenvolvimento de projectos de investigação.

Novos objectivos terapêuticos terão de ser formulados, nomeadamente, o controlo da dor, a diminuição do sofrimento (em todas as suas dimensões) e a humanização dos cuidados prestados. O processo de doença deverá ser encarado como algo pessoal, individual e familiar que necessitará duma intervenção personalizada na procura da melhor estratégia terapêutica e lidando com os sentimentos e emoções dos doentes e famílias, assim como do próprio Profissional (Pereira e Lopes, 2005).

Não só se pretende melhorar a qualidade de vida do doente mas também aliviar o seu sofrimento, seja ele físico, psicológico, espiritual, social ou outro. De facto, o sofrimento é algo complexo e único para quem o vivencia, exigindo uma abordagem global e em Equipa multidisciplinar (Sapeta, 2011). Para se poder compreender o

sofrimento do doente e sua família, a comunicação representará um papel crucial já que abre via à exposição e partilha de sentimentos, dúvidas, preocupações e anseios. Para podermos intervir de forma sustentada teremos, antes de mais, de saber quais os objectivos ou motivações do doente e sua família, para assim podermos delinear, em conjunto, a melhor estratégia de intervenção. A formação e treino de perícias de comunicação será vital para o sucesso das intervenções. Se não conseguirmos identificar a fonte de sofrimento do doente ou da sua família, seremos incapazes de dar uma resposta adequada e integral aos mesmos.

Seguindo as recomendações para a Prática Profissional dos Enfermeiros emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, a dor deverá ser avaliada seguindo alguns critérios, nomeadamente:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação;
- Avaliar de forma regular e sistemática, desde o 1.º contacto, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com os protocolos da instituição;
- Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros:
 - Exame físico;
 - Descrição das características da dor: localização, qualidade, intensidade, duração, frequência;
 - Formas de comunicar a dor/expressões de dor;
 - Factores de alívio e de agravamento;
 - Estratégias de *coping*;
 - Implicações da dor nas actividades de vida;
 - Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor;
 - Sintomas associados;
 - Uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Escolher instrumentos de avaliação da dor tendo em conta o tipo de dor, idade, situação clínica;
- Avaliar a intensidade da dor utilizando instrumentos de auto-avaliação;
- Assegurar a compreensão dos instrumentos/escalas pela pessoa.

(Adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2008, Pp. 13)

Como forma de uniformizar procedimentos devem ser escolhidos instrumentos de avaliação da dor consoante as características do doente e certificarmo-nos de que o mesmo entendeu o seu funcionamento ou, no caso de incapacidade para comunicar ou de défices cognitivos, optar pela utilização de escalas de hetero-avaliação, sendo vital manter a mesma escala para o mesmo doente em todas as avaliações, registar todos os

dados obtidos e decidir a melhor estratégia de intervenção com o doente, família e Equipa multidisciplinar. Através da utilização sistemática de instrumentos de avaliação pretendemos tornar mais objectivo algo que é eminentemente subjectivo, a dor (Rodrigues et al, 2006).

Assim, tracei um Projecto que deveria ser implementado na UCSP de O., no entanto, devido a vicissitudes profissionais, durante o período de Prática Clínica, fui obrigada a mudar de Unidade de Saúde, indo exercer funções para o Centro de Saúde de E., no Serviço de Urgência Básica. Esta alteração conduziu a um processo de reformulação do Projecto inicial, em parceria com a UCC de E.. Verifiquei que nesta Unidade há uma avaliação e registo de dor nos processos clínicos dos utentes. Contudo, alguns Profissionais da Equipa não possuem formação diferenciada nesta área, o que possibilitou a implementação do Projecto de Intervenção relativo à Avaliação da Dor.

A UCC de E. integra uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos composta por cinco Enfermeiros, um Médico, um Nutricionista, um Higienista Oral, um Psicólogo, um Técnico de Serviço Social, um Fisioterapeuta, um Administrativo e um Assistente Operacional. De referir que estes Profissionais repartem o seu tempo pelos restantes Programas constantes na Carteira de Serviços desta UCC. A Equipa iniciou funções a 21 de Dezembro de 2009, mantendo-se em funções à data. Contudo, devido à saída do Médico com formação avançada na área dos Cuidados Paliativos, a Equipa depara-se com algumas limitações, tentando colmatar e ultrapassar essas limitações e dificuldades recorrendo aos Médicos de Família dos utentes que acompanham e solicitando assessoria à Equipa de Oncologia do Hospital E.S..

A ECSCP de E. dá resposta aos utentes do Concelho de E. que sejam portadores de doença incurável com prognóstico limitado que sejam referenciados pela ECL, EGA, Médicos e Enfermeiros de Família da UCSP e SUB de E..

Ao estudar a Carteira de Serviços da UCC verifiquei que a aplicação do Projecto de Intervenção por mim desenvolvido permitiria a concretização de diversos objectivos constantes no Plano de Acção desta Equipa, nomeadamente:

- Garantir apoio e suporte a pessoas com doenças graves, avançadas e incuráveis que sejam referenciadas, bem como seus familiares;
- Elaborar normas e protocolos de procedimentos;
- Elaborar suportes de registo e de informação;
- Pretende-se criar um espaço na UCC de partilha de experiências e conhecimentos, permitindo a todos os elementos o desenvolvimento das suas competências, podendo ser promovida a partilha de conhecimentos entre todos os elementos.

(adaptado do Plano de Acção da UCC E., 2010)

De referir que a Equipa mostrou, desde o início, interesse para que o Projecto se concretizasse, dando-me total liberdade na abordagem aos conteúdos teóricos, na elaboração do Protocolo de Actuação para Avaliação da Dor, assim como para a construção da folha de registo para Avaliação da Dor. Este *feedback* tão positivo demonstrou o interesse da Equipa nesta temática, o que levava a considerar que as expectativas quanto à abordagem desta temática seriam as melhores.

A Sessão de Formação realizou-se no dia 03 de Julho de 2012 pelas 16 horas, com a duração de uma hora, tendo decorrido na Sala de Reuniões da UCC de E.. Estiveram presentes 4 Profissionais da Equipa (3 Enfermeiros e 1 Higienista Oral). No decorrer da Sessão foram apresentados os objectivos da mesma, a conceptualização e justificação do tema, a apresentação e modo de funcionamento das Escalas de Avaliação da Dor, o Protocolo de Actuação para Avaliação da Dor e respectiva folha de registo. No final da Sessão foi preenchido um pequeno questionário de Avaliação da Sessão (Apêndice XI), que consistia em oito afirmações com resposta fechada, sendo as respostas possíveis: “Não Satisfaz” (NS); “Satisfaz Pouco” (SP); “Satisfaz” (S); “Bom” (B) e “Muito Bom” (MB). As respostas obtidas apresentam-se na Tabela 1:

Tabela 1 - Avaliação da Sessão de Formação

Tópicos de Avaliação do Conteúdo da Sessão	Qualidade Respostas (n=4)	
Esta acção de formação correspondeu às suas expectativas?	4 - B	100%
Considerou a acção de formação útil?	3 - B 1 - MB	75% 25%
Os objectivos traçados eram claros?	1 - B 3 - MB	25% 75%
O conteúdo da acção de formação foi adequado à função que desempenha?	1 - S 2 - B 1 - MB	25% 50% 25%
A acção de formação estava bem estruturada?	3 - B 1 - MB	75% 25%
Os conhecimentos adquiridos têm aplicação prática?	1 - SP 2 - B 1 - MB	25% 50% 25%
Os conteúdos foram expostos de forma adequada?	3 - B 1 - MB	75% 25%
Como classifica, na globalidade, a pertinência dos temas abordados?	3 - B 1 - MB	75% 25%

Da análise dos resultados obtidos, e embora o *n* seja bastante reduzido, é possível verificar que a Sessão teve o impacto desejado, indo de encontro aos objectivos traçados. Aliás, no final da Sessão foi abordada a eventualidade de manter esta parceria na área formativa e inclusive propor um plano estratégico de formação que possa ser alargado a toda a comunidade profissional do Centro de Saúde de E..

Relativamente ao Protocolo de Actuação e respectiva folha de registo para Avaliação da Dor, a Equipa mostrou-se bastante interessada na sua aplicação e na adopção de ambos como Instrumento de Trabalho e de Consulta nas suas actividades. Assim, e caso se concretize esta situação, poderei concluir que a minha intervenção foi positiva, promotora de mudança e de aperfeiçoamento de acções já efectuadas, reforçando a importância da correcta avaliação da dor e consequente registo.

Conclusão

A Enfermagem é uma profissão centrada na pessoa e nas interações criadas entre esta, família, comunidade e profissionais de saúde. Tem como objectivo a prestação de Cuidados de Enfermagem à pessoa ao longo do seu ciclo de vida bem como à comunidade em que está integrada, para que mantenha, melhore e/ou recupere a saúde, ajudando a atingir a máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Além disto, O Enfermeiro é o Profissional de Saúde que acompanha com maior proximidade o doente em fase terminal e sua família tornando-se, deste modo, na pessoa que mais os pode apoiar nesta fase tão complexa como é o fim de vida. Para isso, é necessário possuir conhecimentos teóricos, treino e reflectir sobre as suas práticas, com vista à prestação de cuidados de qualidade (Pacheco, 2002).

O Ensino Clínico ou Prática Clínica, tal como refere Silva e Silva (2004) é imprescindível no processo de formação do Profissional de Saúde, dado que permite a consciencialização das diferentes tarefas a desenvolver, bem como das competências a fortalecer. Conhecer o local onde decorre a prática clínica e as actividades desenvolvidas pela Equipa de profissionais de saúde do mesmo é fundamental para que se consiga articular todos os objectivos definidos previamente pelo aluno e Escola. A Prática Clínica permite o desenvolvimento de aptidões e competências que nos permitem intervir de forma integrada, no seio de uma Equipa de Saúde, na prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, utilizando metodologia científica, em qualquer que seja o contexto em que nos movimentemos, comunitário ou hospitalar.

Abordar os CP será não recusar a morte mas sim considerá-la um processo natural inerente à vida. Enquanto profissional de saúde tenho consciência da importância de reflectir sobre as condições da existência humana e da necessidade de se apoiar os doentes e suas famílias na fase final da vida terrena, já que contactamos diariamente com a morte e devemos estar preparados para lidar com todos os seus aspectos e implicações, tanto para os familiares como para nós. Apesar de todos os sentimentos contraditórios e do medo que, apenas a referência à palavra morte possa causar, ela é a única coisa que podemos tomar como certa e que é universal a todos os seres humanos.

Não estamos preparados para morrer e a ideia da nossa morte é-nos insuportável. Efectivamente, vivemos numa era em que a morte é escondida e que apenas a materialização em pensamento é suficiente para nos assustar. Idolatramos o nosso estilo

de vida fútil e materialista e reconfortamo-nos no palpável e banal. Temos medo da morte e não a entendemos. Vivemos demasiado ocupados e centrados no nosso trabalho, nos nossos passatempos, vivendo dias cheios mas que não nos satisfazem totalmente. E embrenhados nesta labuta diária perdemos o que realmente importa: o sentido da vida. Despimo-nos dos afectos e do amor, no entanto, é esse amor que nos mantém vivos e que nos perpetua naqueles que nos sobrevivem e amam, o nosso legado. Afinal, tudo o que é material é perecível. Apenas os valores e sentimentos são imortais e podem dar verdadeiro sentido à vida.

Durante o período de Prática Clínica, assim como durante a realização deste documento, muitas foram as oportunidades de reflexão sobre o que vi, aprendi e o que me rodeia. Considero que a humanização do processo de morrer é urgente, não só para os que morrem, como para os seus familiares e profissionais de saúde que os acompanham e partilham o seu processo de morte, estando disposta a dar o meu contributo, por mais simbólico que seja, para que essa humanização faça parte da minha arte de cuidar. Para isso, pretendo tornar-me participante activa e consciente na humanização do processo de morte e na atribuição de um verdadeiro e pleno sentido ao percurso e história social de cada ser humano que se aproxima da sua morte.

Os CP são a resposta necessária para que este processo de morte ocorra de forma digna, proporcionando ao doente e sua família, as intervenções adequadas e eficazes que permitam ter qualidade de vida e conforto ao longo desse processo. Para isso, é vital adquirir, desenvolver e aperfeiçoar competências nas áreas-chave dos CP, como sejam a comunicação, o trabalho em Equipa, o apoio à família e o controlo de sintomas.

Phaneuf (2005:23) define a comunicação como sendo “um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas.”. A comunicação, enquanto pilar fundamental dos CP, constitui a base da relação entre o profissional de saúde e o doente. É através dela que conseguimos envolver o doente, família e profissionais no processo de doença, estabelecendo com o doente/família objectivos realistas, tendo sempre em conta que cada situação é única. Uma comunicação eficaz é sempre recíproca e bilateral, o que a torna num sistema complexo, com dificuldades e obstáculos (materiais, físicos, psicológicos) que podem interferir no acto de comunicar entre seres humanos (Flórez Lozano, 2006). Para aperfeiçoar a minha Comunicação terei de levar em conta que a base de uma boa comunicação assenta na arte de saber falar, mas sobretudo de saber escutar. Equivale não só a perceber as palavras mas também os pensamentos, o estado de ânimo, o significado pessoal e, muitas vezes, inconsciente da mensagem transmitida pelo interlocutor.

A comunicação não se refere só à fala com o outro mas também à linguagem do corpo e ao contexto onde é efectuada. Assim, quando existe interacção com o outro a

comunicação só se torna verdadeiramente eficaz com a conjugação destes factores (Pacheco, 2002). Twycross (2003) sintetiza o que é comunicar em três pequenos tópicos, mas que são de extrema relevância: diminuir a incerteza do doente e sua família face à situação em que se encontra; aumentar a qualidade das relações estabelecidas e permitir que o doente e família vislumbrem um caminho a seguir rumo ao futuro.

A comunicação é deveras importante em CP, pois permite a percepção das necessidades/dificuldades do doente e família, possibilita a partilha de angústias e de sentimentos, de crenças e de expectativas, permitindo intervir de forma a oferecer apoio, manifestar compreensão e disponibilidade para ajudar. Como refere Phaneuf (2005:13), “a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão *sine qua non* da qualidade dos cuidados.”.

A identificação de necessidades é a base para a prestação de cuidados individualizados. Em CP, a família é um dos pilares fundamentais tornando-se também alvo de cuidados, daí que seja necessário avaliar e compreender as suas necessidades. Através da análise detalhada de casos clínicos, é possível identificar várias necessidades do doente e família, validá-las, avaliá-las e, através de uma intervenção multidisciplinar, satisfazê-las ou, pelo menos, atenuá-las. A tomada de consciência da importância que é encarar o doente e sua família como unidade alvo de cuidados, como um todo global em que as intervenções deverão ser sempre focalizadas em ambos e direccionadas para aquela unidade específica, permite-nos intervir de forma sustentada para tentar repor a homeostasia familiar.

Perante o diagnóstico de uma doença terminal, essa homeostasia familiar é afectada, acarretando mudanças nos papéis desempenhados por cada um dos seus elementos. O impacto da doença na família é condicionado por diversos factores, sendo que a resolução dos problemas provocados pela doença vai ser dificultada se existirem problemas não resolvidos anteriormente. A doença de algum dos elementos da família acabará por se tornar numa doença familiar, onde todos os elementos daquela família sentirão o sofrimento e a dor do seu ente querido. Os profissionais de saúde devem, portanto, avaliar de forma sistemática e oportuna as várias necessidades e dimensões do sofrimento, para uma melhor prestação de cuidados ao doente e família.

Relativamente ao controlo de sintomas, verifiquei que é necessário um conhecimento teórico sólido e alargado sobre as formas de intervenção e alívio para que possamos complementar, de forma adequada e sustentada, as intervenções dos restantes Elementos da Equipa. Só desta forma poderemos desenvolver, no contexto assistencial, acções que controlem e aliviem os sintomas que os nossos doentes apresentam e que necessitam de intervenção qualificada e eficaz, proporcionando-lhes a qualidade de vida e conforto que merecem.

A concretização deste relatório, associado à Prática Clínica, permitiu-me consolidar os conhecimentos aprendidos ao longo da 2.^a PGCP e do 1.^o Mestrado em CP da ESALD, para além de ter adquirido novas competências para a prestação de CP com qualidade. Permitiu-me também ter a certeza da necessidade urgente deste tipo de Equipa em Portugal. Estas garantem a qualidade deste tipo de cuidados, no domicílio, aproximando familiares, profissionais de saúde e doentes, satisfazendo as suas necessidades e aliviando o sofrimento daqueles que querem permanecer no seu lar, apesar do processo de doença, facto demonstrado pela experiência internacional que demonstra, claramente e de forma inequívoca, o grande impacto que as Equipas de Suporte em CP têm na melhoria dos cuidados, sensibilizando transversalmente outros Profissionais para esta prática e promovendo a evolução para serviços mais estruturados e diferenciados.

Apesar de todas as competências técnicas e profissionais desenvolvidas durante este período, o crescimento e maturação pessoais foram de extrema importância, intensificando o meu desejo de, um dia e se possível, vir a prestar cuidados nesta área, integrada numa Equipa especializada em CP. É ainda importante salientar, o facto da realização desta Prática Clínica de uma forma contínua (ao longo de três semanas consecutivas em C. e duas semanas consecutivas em B.) permitiu que eu estabelecesse com a Equipa e doente uma relação de ajuda e cooperação.

Como todos os processos de crescimento e maturação, o concretizar deste Processo trouxe algumas dúvidas e dificuldades, nem sempre sendo fácil conduzi-lo a bom porto. Destas dificuldades destaco a complexidade da construção de um referencial bibliográfico consistente e representativo, pelo dispêndio de tempo que exigiu na procura e selecção das publicações científicas, assim como na dificuldade de acesso à Biblioteca da ESALD, pela distância geográfica que nos separava. Grande número de obras e publicações científicas encontram-se em língua estrangeira, seja em inglês ou espanhol, o que requer atenção redobrada na leitura e capacidade de tradução fiável dos textos consultados.

A mudança profissional que sofri durante o período de Prática Clínica, apesar de positiva a longo prazo, acabou por ser uma barreira à concretização de alguns objectivos pessoais que tinha traçados, nomeadamente o aprofundamento do referencial teórico deste documento. À redução do tempo disponível para uma dedicação mais atenta a este tópico, aliou-se a necessidade de reformular o Projecto de Intervenção inicialmente definido, já que o contexto e local de aplicação do mesmo se alterou.

O facto deste documento procurar espelhar e reflectir, da forma mais fiel possível, a experiência adquirida em contexto clínico, implica um árduo esforço de concentração e de dedicação à construção de um texto que permita ao leitor, “sentir”

as emoções, dificuldades, angústias e reflexões que vivenciei durante a Prática Clínica. Ora, nem sempre é fácil expor em palavras o sentimento e o pensamento que experienciamos na vida real, pelo que se pode tornar complexo transmiti-los. Devido ao carácter subjectivo dessas reflexões e experiências, fui sentindo algum receio em não conseguir espelhar e reflectir, de facto, as minhas vivências e reflexões, o que não permitiria uma total compreensão do quão gratificante e enriquecedor foi todo o período de Prática Clínica e de elaboração deste trabalho académico.

O desenvolvimento e implementação do Projecto de Intervenção no nosso real contexto de trabalho foi muito enriquecedor e espera-se, condutor de mudanças de práticas e atitudes quanto aos CP. Na sequência deste Projecto gostaria de deixar explícitas algumas sugestões, nomeadamente:

- Implementação do Projecto em todas as Unidades Orgânicas do Centro de Saúde de E.;
- Construção de um Programa Integrado de Formações em CP, para sensibilizar os Profissionais para esta área do cuidar, conferindo-lhe competências básicas para a realização de acções paliativas, assim como forma de incentivo à procura de formação avançada na área;
- Disponibilidade para a colaboração de projectos futuros desenvolvidos por outras Unidades, que tenham como objectivo fomentar a divulgação dos CP.

Este trabalho académico permitiu-me fazer um balanço da experiência de aprendizagem realizada por mim durante a Prática Clínica, proporcionando-me uma análise crítica do trabalho desenvolvido e contribuindo para o meu auto-conhecimento e auto-avaliação.

Desejo que, no futuro, mantenha e aperfeiçoe as atitudes e competências que fazem da Enfermagem, uma “arte do Cuidar”: aprender a escutar; a acolher o outro; a aprender com todos; a pôr-me ao serviço do outro; a acompanhar as mudanças; a partilhar o que aprendo; ter em mente que a integridade é mais importante que a perfeição; aprender a lavar não só as mãos mas também as mágoas do coração; a ser coerente; a evitar rotular as pessoas; aprender que o tempo é precioso, logo aprender a atender prontamente uma solicitação ou a saber justificar a demora; aprender a sorrir; a mostrar gratidão e alegria por poder cuidar; a humildade e o sentimento genuíno de querer aprender com o outro; a procura da harmonia (Barbosa e Silva, 2007).

Referências Bibliográficas

- ABREZOL, R. (2003). *Saber tudo sobre a Sofrologia*. Loures. Lusociência. 234 pp.
- ALBOM, M. (2006). *As Terças com Morrie*. Lisboa. Sinais de Fogo. 2.^a Edição. 222 pp.
- ALVES, A. (2000). *Controlo de sintomas na fase terminal: aspectos de enfermagem a nível cutâneo*. In Cuidados Paliativos. Coord. NEVES, C. et al. Coimbra. Edições Formasau. Pp. 121-123.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2010). *Publication Manual of the Americana Psychological Association*. [pdf]. 5.^a Edição. 259 pp. [Citado em 10 de Julho de 2012 - 07:30]. Disponível em URL: <http://www.apastyle.org/manual/index.aspx>
- ANTÓN APARÍCIO, L. MOSQUERA PENA, M. (2006). *Impacto del cáncer en la dualidad individuo familia: fenómeno del big bang*. In La Comunicación y comprensión del enfermo oncológico [pdf]. Coord. Flórez Lozano, J. AstraZéneca. (Capítulo XVII, Pp. 231-239). [Citado em 25 de Maio de 2012 - 17:30]. Disponível em URL: http://www.medicinainformacion.com/cuidados_paliativos_libros.htm
- ANTUNES, E. (2005). “Cuidar na Morte”. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. Castelo Branco. IX(19). Pp. 7-11.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. (2006). *Critérios de qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos* [pdf]. 19 pp. [Citado em 26 de Maio de 2012 - 20:45]. Disponível em URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf
- BARBOSA, I.; SILVA, M. (2007). “Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário”. [pdf]. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 5(60). Pp. 546-551. [Citado em 09 de Julho de 2012 - 04:36]. Disponível em URL: www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf
- BARREIRA, A.; GOMES, O. (2010). “Avaliação e Registo da Dor: Um Imperativo em Enfermagem”. [pdf]. 8 pp. [Citado em 12 de Junho de 2012 - 20:14]. Disponível em URL: www.infiressources.ca/.../Avaliacao_da_dor-O_Gomes-mars2010.pdf
- BARUS-MICHEL, J.; CAMPS, C. (2003). “Sofrimento e perda de sentido: Considerações Psicossociais e Clínicas”. [pdf]. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 4(1). Pp. 54-71. [Citado em 24 de Junho de 2012 - 23:06]. Disponível em URL: pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v4n1/v4n1a07.pdf
- BASS, M. (2010). “Anatomy and physiology of pain and the management of breakthrough pain in palliative care”. *International Journal of Palliative Nursing*. 16(10). Pp. 486-492.
- BENITEZ DEL ROSÁRIO, M. et al. (2002). “La atención a los últimos días” [pdf]. *Atención Primaria*. (30). Pp. 118-126.
- BERTAGNOLLI, A. (2005). “Dor: 5.º Sinal Vital”. *Revista Patient Care*. 10(102). Pp. 71-83.
- BRUERA, E. et al. (1991). “The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a symple method for the assessment of palliative care patients”. *Journal of Palliative Care*. (7). Pp. 6-9.
- BUCKMAN, R. (2010). *Practical Plans for Difficult Conversations in Medicine*. Baltimore. Cinemedic Productions. 142 pp.

- BUFFUM, M. et al. (2007). "Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges". *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 44(2). Pp. 315-330.
- CARACENI, A.; MARTINI, C.; ZECCA, E. (2004). "Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain, An International Study". *Palliative Medicine*. (18). Pp. 177-183.
- CARVALHO, E.C. (1992). "Doente oncológico em fase avançada na comunidade: ponto de vista da enfermeira". *Revista Divulgação*. (22). Pp. 25-34.
- CARVALHO, M. (2009). "A dor do adoecer e do morrer". *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 77(2). Pp. 322-328.
- CERQUEIRA, M. (2004). *O cuidador e o doente paliativo no Alto Minho*. Faculdade de Medicina de Lisboa - I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos. 163 pp.
- CHANG, V. et al. (2007). "Pain and palliative medicine". *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 44(2). Pp. 279-294.
- CONSEJERÍA DE SALUD. (2003). *Cuidados paliativos domiciliarios - atención integral al paciente e su familia* [pdf]. 158pp. [Citado em 29 de Maio de 2012 - 16:32].
- CREEDON, R.; O'REEGAN, P. (2010). "Palliative care, pain control and nurse prescribing". *Nurse prescribing*. 8(6). Pp. 257-264.
- DALACORTE, R. et al. (2011). "Pain management in the elderly at the end of life". *North American Journal of Medical Sciences*. 3(8). Pp. 348-354.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2003) *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor* [pdf]. Circular Normativa N.º 09/DGCG. 14/06/2003. [Citado em 29 de Maio de 2012 - 17:45]. Disponível em URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE ONCOLOGIA. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Ministério da Saúde. 18 pp.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE.(2010). *Orientações Técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa* [pdf]. Orientação Técnica 015/2010. 14/12/2010. [Consultado a 03 de Junho de 2012 - 11:33] Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>
- ELLERSHAW, J.; WILKINSON, S. (2005). *Care of the dying - a pathway to excellence*. Oxford. Oxford University Press. 214 pp.
- FINE, P.; PORTENOY, R. (2005). *Guia Clínico de Analgesia Opióide*. Algés. EuroMédice. 127 pp.
- FLÓREZ LOZANO, J. (2006). *El enfoque Humanista en la atención al enfermo oncológico*. In *La Comunicación y comprensión del enfermo oncológico* [pdf]. Coord. Flórez Lozano, J. AstraZéneca. (Capítulo III, Pp. 25-43). [Citado em 25 de Maio de 2012 - 18:30]. Disponível em URL: http://www.medicinainformacion.com/cuidados_paliativos_libros.htm
- FRIAS, C. (2001). "A espiritualidade: uma dimensão a valorizar na cuidar a pessoa em fim de vida". *Revista Servir*. (6). Pp. 263-266.
- GAMEIRO, M. (1999). *O Sofrimento na Doença*. Coimbra. Quarteto Editora. 194 pp.
- GARCIA, C.; et al. (Responsáveis pela Elaboração). (2010). *Guía Clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos*. Edit. Observatorio de Cuidados Paliativos de Extremadura. 79 pp.
- GATES, R. (2006). *Pain Assessment*. In *Textbook of Palliative Nursing*. Edit. Payne, B. e Faan, N. Oxford. Oxford University Press. (Capítulo 5, pp. 97-130).

- GLARE, P.; DICKMAN, A. et al. (2005). *Symptom control in care of the dying*. In Care of the dying: a pathway to excellence. Edit. Ellershaw, J. Wilkinson, S. Oxford: Oxford University Press (Capítulo 3, Pp. 42-61).
- GONÇALVES, J. F. (2002). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.
- HARLOS, M. (2005). *Decision Making in Palliative Care - A Guide to Approaching Care Choices* [pdf]. Manitoba: Faculdade de Medicina da Universidade de Manitoba. 4 pp. [Citado em 27 de Maio de 2012 - 16:32].
Disponível em URL: http://www.palliative.info/resource_material/decisionmaking.pdf
- HENNEZEL, M. (2002). *Diálogo com a Morte*. Lisboa. Editorial Notícias. 5.^a Edição. 173pp.
- HENNEZEL, M; LELOUP, J.Y. (2000). *A Arte de Morrer*. Lisboa. Editorial Notícias. 2.^a Edição. 171 pp.
- HJERMSTAD, M. et al. (2008) "Pain assessment tools in palliative care: an urgent need for consensus". *Palliative Medicine*. (22). Pp. 895-903.
- HUDSON, P. (2008). "Family meetings in palliative care: multidisciplinary clinical practice guidelines". *BMC Palliative Care*. Pp. 7-12.
- IERSEL, T.; TIMMERMAN, D.; MULLIE, A. (2006). "Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment". *International Journal of Palliative Nursing*. 12(2). Pp. 54-59.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. (2006). *Pain terms* [html]. [Citado em 26 de Maio de 2012 - 21:30]. Disponível em URL:
http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. (2001). *Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle de Sintomas* [pdf]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. 130 pp. [Citado em 09 de Maio de 2012 - 15:43].
Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_cuidados.pdf.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. (2008). *The IAHPC Manual of Palliative Care* [em linha]. Edit. Doyle, D; Woodruff, R. 2.^a Edição. IAHPC Press. 150 pp. [Citado em 15 de Maio de 2012 - 18:00].
Disponível em URL: <http://file:///Lap1/accounts/www.hospicecare.com/iahpc-manual/IAHPCmanual.htm>
- JARRETT, N. MASLIN-PROTHERO, S. (2004). *Communication: the patient and the palliative care team*. In Palliative Care Nursing - Principles and Evidence for Practice. Edit. Paine, S; Seymour, J [et al]. Maidenhead: Open University Press. (Capítulo 8, Pp. 142-158).
- JÜNGER, S. et al. (2007). "Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams". *Palliative Medicine*. (21). Pp. 347-354.
- JUNTA DE EXTREMADURA.(2002). *Programa MARCO: Cuidados Paliativos*. [pdf]. Edit. Servicio Extremeño de Salud. 75 pp. [Citado em 20 de Maio de 2012 - 13:50].
Disponível em URL: <http://sociosan.saludextremadura.com>
- KÜBLER-ROSS, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo. Edições Martins Fontes. 7.^a Edição. 299 pp.
- KUTNER, J.; KASSNER, C.; NOWELS, D. (2001). "Symptom burden at the end of life: Hospice providers' perceptions". *Journal of Pain and Symptom Management*. 21(6). Pp. 473-480.

- LEFEBRE-CHAPIRO, S. (2001). "The Doloplus 2 scale evaluating pain in the elderly". *European Journal of Palliative Care*. (8). Pp. 191-194.
- LEVIN, R. (2004). *Cuidados paliativos: principios generales*. In Cuidados Paliativos: Guía para el manejo clínico. Coord. Bruera, E. et al. Organización Panamericana de la Salud. (Capítulo 1, Pp. 3-8). [Citado em 27 de Maio de 2012 - 17:00].
Disponível em URL: www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.htm
- LOCKER, S. (2008). "Holistic Assessment of cancer patients' pain: reflections on current practice". *International Journal of Palliative Nursing*. 14(2). Pp. 77-84.
- LOUREIRO, C.Y. (2001). "Cuidados de enfermagem a doentes em fase terminal" *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. (36). Pp. 45-50.
- MAAYKE, A. et al. (2005). "Palliative care teams: Effective through moral reflection". *Journal of Interprofessional Care*. 19(6). Pp. 561-568.
- MAHATANI-CHUGANI, V. et al. (2010). "How to provide care for patients suffering from terminal non-oncological diseases: barriers to a palliative care approach". *Palliative Medicine*. 24(8). Pp. 787-795.
- MARQUES, A. (2000). *Interdisciplinariedade em cuidados paliativos - O ponto de vista do médico*. In Cuidados Paliativos. Coord. NEVES, C. et al. Coimbra. Edições Formasau. Pp. 127-136.
- MÁRQUEZ, M. (Responsável pela Elaboração). (2010). *Guía Clínica. Uso e recomendaciones de la Vía Subcutânea en Cuidados Paliativos*. Edit. Observatorio de Cuidados Paliativos de Extremadura. 110 pp.
- MARTINS, M. (2010). *Aliviando o sofrimento - o Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida*. [pdf]. Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem. 327 pp. [Citado em 24 de Junho de 2012 - 21:34]. Disponível em URL: repositorio.ul.pt/bitstream/10451/.../ulsd060413_td_Maria_Martins.pt
- McCAFFERY, M.; FERREL, B. (1997). "Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made?". *Journal of Pain and Symptom Management*. (14). Pp. 79-87.
- MOK, E. et al. (2010). "Health-Care Professionals' Perspective on Hope in the Palliative Care Setting". *Journal of Palliative Medicine*. 13(7). Pp. 877-883.
- NEVES, C. (2000). *A morte, a sociedade e os cuidados paliativos*. In Cuidados Paliativos. Coord. NEVES, C. et al. Coimbra. Edições Formasau. Pp. 9-19.
- NETO, I. G. (1997). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Asta Medica. 55 pp.
- OLIVEIRA, A. (1999). *O desafio da morte*. Lisboa. Editorial Notícias. 1ª Edição. 254 pp.
- OLIVEIRA, A; PIRES, M. (2005). "Aceitar a morte, viver o luto, abraçar a vida". *Biosofia*. Pp. 4-8.
- OLSON, L. et al. (2010). "Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care". *International Journal of Palliative Nursing*. 16(12). Pp. 607-612.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A. et al. Ordem dos Enfermeiros. 55 pp.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. [pdf]. [citado em 27 de Maio de 2012 - 19:30].
Disponível em URL: www.ordenenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2004). *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde - Europa. 32 pp. [Citado em 24 de Maio de 2012 - 21:34]. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.

- PACHECO, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva Ética*. Loures. Lusociência. 166 pp.
- PAYNE, S. et al. (2004). *Palliative Care Nursing - Principles and evidence for practice*. Glasgow. Open University Press. 791 pp.
- PAZ, S.; SEYMOUR, J. (2004). *Pain Theories, evaluation and management*. In *Palliative Care Nursing - Principles and evidence for practice*. Edit. Payne, S.; Seymour, J. e Ingleton, C. Glasgow. Open University Press. (Capítulo 13, pp. 260-298).
- PEREIRA, M.; LOPES, C. (2005). *O doente oncológico e sua família*. Lisboa. Climepsi Editores. 2ª Edição. 146 pp.
- PEREIRA, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra. Formasau. 446 pp.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures. Lusociência. 668 pp.
- POSADA, R.; LOPÉZ, M. P. (Responsáveis pela Elaboração). (2011). *Guía Clínica. Manejo de opioides potentes para el dolor por cáncer en pacientes con enfermedad terminal*. Edit. Observatorio de Cuidados Paliativos de Extremadura. 119 pp.
- POTTER, J. et al. (2003). "Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: Prevalence and patterns". *Palliative Medicine*. 17(4). Pp. 310-314.
- RIBEIRO, A.; CARDOSO, A. (2007). "Dor: um Foco da Prática dos Enfermeiros". *Revista Dor*. 15(1). Pp. 6-15.
- RIGOTTI, M.; FERREIRA, A. (2005). "Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor". *Arquivo Ciências da Saúde*. 12 (1). Pp. 50-54.
- RILEY, J. (2010). "Comment: Finding the best management for breakthrough câncer pain". *European Journal of Palliative Care*. 17(2). Pp. 57.
- RINCON, H. et al. (2004). *Depresión y ansiedad en pacientes terminales*. In *Cuidados Paliativos: Guía para el manejo clínico* [pdf]. Coord. Buera, E. [et al]. Organización Panamericana de la Salud. (Capítulo 16, Pp. 85-90). [Citado em 27 de Maio de 2012 - 17:30]. Disponível em URL: www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.htm
- RITTO, A. (2005). "Dor - 5.º Sinal Vital, do Projecto à Realidade, a longa caminhada...". *Revista Enfermagem*. (39). Pp. 5-9.
- RODRIGUES, V. (1995). *A Nova Ordem Estupidológica*. Lisboa. Livros Horizonte. 236 pp.
- RODRIGUES, C. et al. (2006). "A Experiência de um Projecto de Intervenção: A Dor". *Revista Nursing, Edição Portuguesa*. 16(211). Pp. 7-10.
- RODRIGUEZ, R. (2004). *Náusea crónica y vómito en el paciente con cáncer*. In *Cuidados Paliativos: Guía para el manejo clínico*. Coord. Buera, E. [et al]. Organización Panamericana de la Salud. (Capítulo 8, Pp. 41-47). [Citado em 27 de Maio de 2012 - 17:50]. Disponível em URL: www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.htm
- ROJAS, J.; et al. (Responsáveis pela Elaboração). (2008). *Guias de Cuidados Paliativos*. Edit. Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. 24 pp.
- ROSADO, R. (2000). *Controlo de sintomas na fase terminal: aspectos de enfermagem - A nível gastrointestinal*. In *Cuidados Paliativos*. Coord. NEVES, C. et al. Coimbra. Edições Formasau. Pp. 107-114.
- SAPETA, P. (2003). *Enfermagem Oncológica - Texto de Apoio*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Castelo Branco. 55 pp.

- SAPETA, P. (2004). "Cuidar na Agonia". *Revista de Saúde Amato Lusitano*. Castelo Branco. VIII(17). Ano. Pp. 11-16.
- SAPETA, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.
- SAPETA, P. (2007). "Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos". *Revista Dor*. (15). Pp. 16-21.
- SAPETA, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.
- SCOTT, M. (2005). *O Caminho Menos Percorrido*. Lisboa. Sinais de Fogo. 347 pp.
- SCHWARTZ, M. (2006). *Amar e Viver*. Cascais. Editora Pergaminho. 1.^a Edição. 113 pp.
- SERRANO-ATERO, M. et al. (2002). "Valoración del dolor (II)". *Revista Sociedad Española Dolor*. (9). Pp. 109-121.
- SERRÃO, D. (2005). *Os Cuidados Paliativos* [html]. [Consultado a 05 de Março de 2012 - 18:06]. Disponível em URL: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197>
- SILVA, D.; SILVA, E. (2004). "O ensino clínico na formação em enfermagem". *Revista Millenium*. (30). Pp. 103-118.
- SOBRAL, H. (2008). "Intervenção no sofrimento em doentes oncológicos". [pdf]. *Revista Millenium*. (34). Pp. 165-170. [Consultado a 05 de Junho de 2012 - 18:06] Disponível em URL: www.ipv.pt/millenium/millenium34/default.htm
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. (2001). *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 51 pp. [citado em 29 de Abril de 2012 - 15:00]. Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. (2002). *Guia de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos* [Word]. Edit. Gomez-Batiste et al.. 26pp.
- SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS. Colégio de Cuidados de Enfermagem. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: "Cuidar" Ética e Práticas*. Loures. Lusociência. 237 pp.
- TRANMER, J. et al. (2003). "Measuring the symptom experience of seriously ill cancer and noncancer hospitalized patients near the end of life with the memorial symptom assessment scale". *Journal of Pain and Symptom Management*. 25(5). Pp. 420-429.
- TWYLCROSS, R.; LICHTER, I. (1998). *The terminal phase*. In Oxford Textbook of Palliative Medicine. Coord. Doyle, Hanks [et al]. Oxford. Oxford University Press. (Capítulo 17, Pp. 977-984).
- TWYLCROSS, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.^a Edição. 207 pp.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ESTREMOZ. (2010). *Plano de Acção*. Centro de Saúde de Estremoz. 225 pp.
- WATSON, M. et al. (2010). *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford. Oxford University Press. 2.^a Edição. 1035 pp.
- WIFFEN, P. (2010). "Evidence-Based Pain Management and Palliative Care in the April Issue 2010 of the Cochrane Library". *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. (24). Pp. 259-262.
- WILKINSON, S. MULA, C. (2005). *Communication in care of the dying*. In Care of the dying: a pathway to excellence. Edit., Ellershaw, J. Wilkinson, S. Oxford. Oxford University Press (Capítulo 5, Pp. 74-89).

Apêndices

Apêndice I - Projecto de Preparação À Prática Clínica e Relatório



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

PROJECTO DE PREPARAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA E RELATÓRIO

Autora: Magda Teresa Martins dos Santos

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves
Antunes Sapeta

Castelo Branco, Dezembro de 2011

INTRODUÇÃO

No seguimento natural da conclusão da 2.^a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e, havendo a possibilidade de prosseguir estudos para a atribuição do grau de mestre, ingressei no 1.^o Mestrado em Cuidados Paliativos da Instituição de Ensino Superior supramencionada.

O presente documento surge no âmbito do 1.^o Mestrado em Cuidados Paliativos como condição para ser admitida à Prática Clínica e Relatório.

Ao longo da minha vida pessoal e profissional tenho vindo a desenvolver um interesse muito demarcado na Área dos Cuidados Paliativos, apostando em formação e em literatura na área, tendo sempre presente que os Cuidados Paliativos ganham maior relevância no aproximar do fim de vida ou no decorrer de um processo patológico crónico e que o seu objectivo principal é maximizar a qualidade de vida e conforto dos doentes que se aproximam do período final das suas vidas, aliviando-os do seu sofrimento e prestando-lhes cuidados holísticos, assim como às suas famílias (Harlos, 2005).

O que temos vindo a verificar como tendência actual da nossa sociedade é o aumento de pessoas que necessitam de Cuidados Paliativos, seja por sofrerem de doenças crónicas, SIDA, neoplasias ou outras doenças incapacitantes e de carácter progressivo que tendem, naturalmente, para a morte. Ao desenvolver a minha actividade profissional em contexto comunitário e de proximidade com o doente e sua família, sinto necessidade de aprofundar conhecimentos e de adquirir competências e destreza técnica para melhor poder responder às solicitações e desafios que, a maioria das vezes, os doentes e suas famílias nos colocam. Apesar de não trabalhar num local onde exista apoio especializado em Cuidados Paliativos, sinto que posso dar o meu contributo para a melhoria da qualidade de vida e conforto destes doentes e respectivas famílias.

Assim, é de todo o meu interesse poder prosseguir o meu enriquecimento pessoal e profissional, assim como consolidar o referencial teórico já adquirido complementando-o com a Prática Clínica. Dado que exerço em contexto comunitário, achei que a opção mais coerente e plausível seria a de optar por Equipas que desenvolvessem o seu trabalho também em contexto comunitário, de forma a permitir-me uma melhor assimilação, esquematização e adaptação dos seus contextos ao meu, tornando a partilha de experiências ainda mais enriquecedora e uma mais-valia para a Instituição onde trabalho.

Para o efeito, optei por seleccionar 2 Serviços de Cuidados Paliativos que exerçam funções nos Cuidados de Saúde Primários, desenvolvendo também estágio no meu local de trabalho. Assim, optei por:

- Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de C.;
Hospital C.C.
Avenida de Cervantes, 75
10800 – C.
Horário de Funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 8 horas às 15 horas
- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de B.;
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Rua Dr. José do Patrocínio Dias

7800-053 B.

Horário de Funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9 horas às 17 horas

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de O (Local de Trabalho);

Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte

Bairro dos Arcos, Rua do Ginásio

2510-081 O.

Horário de Funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 8:30 horas às 16:30 horas

Também como forma de consolidar conhecimentos e de contribuir para a mudança do nosso contexto e método de trabalho deveremos, durante a Prática Clínica, desenvolver um Projecto de investigação, catalisador de mudança de atitudes e promotor da melhoria de cuidados prestados aos nossos doentes e famílias que será explicado no capítulo relativo ao Projecto de Intervenção.

OBJECTIVOS GERAIS:

- Compreender e aplicar os valores e princípios dos Cuidados Paliativos na minha prática assistencial;
- Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, bem como à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos Cuidados Paliativos, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;
- Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos Cuidados Paliativos;
- Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes Equipas de Cuidados Paliativos, em regime de internamento ou de apoio domiciliário, em Portugal e Espanha;
- Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de Estágio Clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da elaboração/effectivação de um Projecto de Intervenção em Cuidados Paliativos no meu Local de Trabalho.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Integrar-me nas Equipas de Saúde e colaborar com as mesmas;
- Conhecer os protocolos, dinâmicas e tarefas específicas das Equipas;
- Participar na admissão de novos doentes, valorizando-os enquanto seres holísticos e nunca esquecendo a sua família;
- Prestar cuidados ao doente e sua família em contexto domiciliário;
- Criar um ambiente terapêutico que permita ao doente e seus familiares expressarem as suas necessidades e verem essas necessidades satisfeitas;
- Prestar cuidados centrados no doente e família, valorizando as múltiplas dimensões: física, psicológica, cultural, espiritual;
- Desenvolver capacidades de comunicação eficazes com o doente, família e Equipa de cuidados;
- Desenvolver competências e habilidades técnicas e relacionais, entendendo o utente como ser holístico;
- Prestar cuidados de Enfermagem a doentes do foro oncológico, doentes crónicos e terminais;
- Prestar cuidados às respectivas famílias dos doentes;
- Promover o alívio e controlo de sintomas, nomeadamente: dor, dispneia, obstipação, confusão e delírio, vômitos, entre outros;
- Prestar cuidados ao doente nos últimos dias e horas de vida;
- Aperfeiçoar técnicas específicas de Enfermagem como seja a Hipodermoclise/utilização de via subcutânea para hidratação e terapêutica;

- Aperfeiçoar a técnica de registo de notas de entrada, evolução e alta no Processo de Enfermagem do doente;
- Compreender a importância do processo de reabilitação e reinserção social do utente;
- Planeamento e execução de visitas domiciliárias;
- Verificar o processo de articulação entre os serviços hospitalares e os serviços da comunidade, assim como a interacção entre Cuidados Diferenciados e Cuidados de Saúde Primários;
- Auxiliar a família no Processo de luto;
- Aplicar conhecimentos adquiridos na componente teórica e verificar se existe concordância entre esta componente e a componente prática.

COMPETÊNCIAS:

- Integra os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;
- Analisa valores e crenças pessoais em diferentes contextos de Cuidados Paliativos;
- Avalia e alivia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- Actua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- Avalia e controla necessidades psico-sociais e espirituais dos doentes e família;
- Analisa em profundidade e actua como consultor em aspectos éticos, legais e culturais inerentes aos Cuidados Paliativos;
- Comunica de forma terapêutica com o doente, familiares e Equipa de Saúde;
- Implementa programas de luto para doentes e familiares;
- Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da Equipa de Cuidados Paliativos;
- Promove programas de formação em Cuidados Paliativos para diferentes Profissionais de Saúde;
- Estrutura e implementa programas em Cuidados Paliativos;
- Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER:

- Entender o doente e sua família como uma díade do cuidar e apoiar a autonomia das suas funções vitais físicas e psíquicas, tendo em conta a personalidade de cada uma delas nas suas componentes psicológica, social, económica, cultural e espiritual;
- Ajudar o utente e família a alcançarem um maior nível de saúde e bem-estar, potenciando ao máximo as suas capacidades;
- Desenvolver capacidades de comunicação eficazes com o doente, família e Equipa de Cuidados, expressando-me com linguagem adequada às pessoas a quem me dirijo, sendo

clara e precisa na transmissão da mensagem, esclarecendo dúvidas e permitindo um diálogo bilateral;

- Articular cuidados com os cuidadores/familiares e promover a exposição de dúvidas e sua clarificação, promovendo a autonomia na prestação dos cuidados;
- Planear, executar e avaliar cuidados de Enfermagem aos utentes em situação de doença visando o seu bem-estar ou a sua melhoria;
- Planear e executar visitas domiciliárias;
- Perceber a influência/impacto que o ambiente natural do utente tem no seu processo de “recuperação” e na sua qualidade de vida;
- Realizar ensinamentos para a saúde, tanto para o doente como para os familiares;
- Fornecer ao utente/família informações sobre outros recursos comunitários existentes;
- Compreender e participar no processo de reabilitação e reinserção social do utente;
- Conhecer o meio e dinâmica familiar, fazendo uma avaliação sociofamiliar;
- Realizar visitas domiciliárias consoante os objectivos planeados para cada uma das visitas (carácter investigador, assistencial e/ou educativo) como seja:
 - Obter conhecimentos acerca das condições económicas, psicoculturais, sanitárias e do modo de vida do utente e família;
 - Conhecer as suas condições habitacionais;
 - Identificar as dificuldades na resolução de problemas de saúde;
 - Identificar problemas relacionados com o meio familiar e social;
 - Identificar factores de risco relacionados com o aparecimento e desenvolvimento da patologia que o utente sofre;
 - Avaliar o grau de incapacidade existente;
 - Potenciar o autocuidado do doente e o envolvimento da família;
 - Prevenir complicações inerentes aos processos crónicos;
 - Proporcionar a continuidade dos cuidados nos doentes com alta hospitalar;
 - Tratamento de úlceras de pressão e úlceras malignas;
 - Realizar técnicas de Enfermagem;
 - Executar posicionamentos e mobilizações;
 - Realizar Educação sanitária e promover a saúde;
 - Incentivar e intervir para proporcionar a melhor qualidade de vida possível que lhes permita viver de forma digna e confortável;
 - Realizar Educações para a Saúde;
- Avaliar os Cuidados de Enfermagem prestados;
- Realizar o registo diário das actividades desenvolvidas.

PROJECTO DE INTERVENÇÃO:

Após reflexão cuidada sobre as inúmeras possibilidades de escolha quanto ao tema a abordar, optei por dar continuidade a um dos trabalhos já desenvolvidos durante a Pós-Graduação, já que julgo ser um tema bastante pertinente e a sua efectivação uma mais-valia a nível pessoal e profissional, assim como um ganho importante no contributo para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Assim, o tema a abordar em Projecto de Intervenção será o de “Avaliação da Dor”, inserido num dos pilares da filosofia dos Cuidados Paliativos como seja o Controlo de Sintomas. O projecto de intervenção será implementado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de O., local onde exerço funções.

Segundo a APCP (2006) todos os Serviços que prestem cuidados a doentes com doenças incuráveis e progressivas têm por missão satisfazer as necessidades dos doentes e famílias, respondendo de forma efectiva às necessidades identificadas, sendo a definição de critérios de qualidade crucial para a melhoria das práticas desenvolvidas, assim como para a uniformização de cuidados prestados. Também os Cuidados de Saúde Primários, área onde exerço a minha actividade profissional, têm a seu cuidado muitos destes doentes em contexto domiciliário. Assim, considerando a realidade em que me movimento, acho de extrema importância a efectiva e correcta avaliação da dor pois, como defende a SECPAL (2002) o nosso principal objectivo deverá ser sempre a melhoria da qualidade de vida e do conforto do doente e sua respectiva família, sendo que a correcta identificação de necessidades e um correcto controlo sintomático, aliado a uma comunicação eficaz e a um trabalho desenvolvido em Equipa serão os pilares orientadores da nossa intervenção.

A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo pelo que a melhor definição será sempre a de que dor é aquilo que o doente diz que sente (Serrano-Atero et al, 2002). Sapeta (2007) refere que a dor é uma experiência única, íntima e pessoal pelo que é impossível conhecermos de forma exacta a dor de outra pessoa. Contudo, a DGS (2003) instituiu a dor como 5.º sinal vital dada a sua importância e interferência na qualidade de vida do doente. A Ordem dos Enfermeiros (2008) também reitera a avaliação da dor como essencial para o seu alívio e controlo, recomendando várias linhas orientadoras para a sua avaliação como o facto da pessoa ser sempre a melhor avaliadora da sua dor, devendo-se dar espaço ao auto-relato, avaliar a dor regularmente, tendo por base uma história de dor do doente em que se incluam exame físico; características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de expressar/comunicar a dor; factores de alívio e de agravamento; estratégias de *coping*; implicações da dor no quotidiano; percepção da doença e da dor; impacto socioeconómico, espiritual e emocional; sintomas associados; medidas terapêuticas efectuadas e respectivos efeitos. Como forma de uniformizar procedimentos devem ser escolhidos instrumentos de avaliação da dor consoante as características do doente e certificarmo-nos de que o mesmo entendeu o seu funcionamento ou, no caso de incapacidade para comunicar ou de défices

cognitivos, optar pela utilização de escalas de hetero-avaliação, sendo vital manter a mesma escala para o mesmo doente em todas as avaliações, registar todos os dados obtidos e decidir a melhor estratégia de intervenção com o doente, família e Equipa multidisciplinar. A avaliação da dor deve ser entendida como um processo multidimensional (Twycross, 2003) e, embora, como refere Gonçalves (2002) seja usual estes doentes terem mais que uma dor, cada uma deve ser avaliada de forma individual. Considerando que a falta de avaliação ou avaliação incorrecta da dor são as principais causas do insucesso num bom controlo e alívio da mesma, uma intervenção em Equipa e a integração do doente na Equipa como elemento activo no controlo da sua dor será a melhor forma de lhe proporcionar alívio e qualidade de vida (Watson et al, 2010).

Um dos objectivos primordiais da filosofia dos Cuidados Paliativos é a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Esta passará pelo controlo e alívio de sintomas. Para alcançar este propósito será de toda a relevância que exista um plano estruturado de intervenção para controlo de sintomas, neste caso o sintoma a avaliar e aliviar será a dor. Deverá haver um registo criterioso das avaliações, intervenções e estratégias adoptadas por forma a sistematizar e organizar os cuidados prestados e mais facilmente avaliar a eficácia do plano delineado, permitindo a continuidade de cuidados, avaliação do processo de cuidar, implementação de melhorias e o desenvolvimento de projectos de investigação.

Novos objectivos terapêuticos terão de ser formulados, nomeadamente, o controlo da dor, a diminuição do sofrimento (em todas as suas dimensões) e a humanização dos cuidados prestados. O processo de doença deverá ser encarado como algo pessoal, individual e familiar que necessitará duma intervenção personalizada na procura da melhor estratégia terapêutica e lidando com os sentimentos e emoções dos doentes e famílias, assim como do próprio Profissional (Pereira e Lopes, 2005).

Não só se pretende melhorar a qualidade de vida do doente mas também aliviar o seu sofrimento, seja ele físico, psicológico, espiritual, social ou outro. De facto, o sofrimento é algo complexo e único para quem o vivencia, exigindo uma abordagem global e em Equipa multidisciplinar (Sapeta, 2011). Para se poder compreender o sofrimento do doente e sua família, a comunicação representará um papel crucial já que abre via à exposição e partilha de sentimentos, dúvidas, preocupações e anseios. Para podermos intervir de forma sustentada teremos, antes de mais, de saber quais os objectivos ou motivações do doente e sua família, para assim podermos delinear, em conjunto, a melhor estratégia de intervenção. A formação e treino de perícias de comunicação será vital para o sucesso das intervenções. Se não conseguirmos identificar a fonte de sofrimento do doente ou da sua família, seremos incapazes de dar uma resposta adequada e integral aos mesmos.

A Avaliação da dor deverá ser considerada uma prioridade vital para quem presta cuidados, ainda mais em Cuidados Paliativos, sendo de extrema importância a sua avaliação e monitorização, assim como o registo dessa avaliação, pois só o seu correcto registo permitirá espelhar essa mesma avaliação.

Apesar da Circular Normativa da DGS N.º 09 DGCG de 14/06/2003 instituir a dor como sinal vital a ser avaliado, o que se constata nos Cuidados de Saúde Primários é que, muitas vezes, fica esquecido ou se é avaliado não é registada essa avaliação ou apenas se avalia a sua intensidade. Realidade que facilmente se constata no meu local de trabalho sendo que, da avaliação efectuada

em momento anterior, se constatou que, **apenas 20%** dos Profissionais avaliam a intensidade da dor, o que é insuficiente e redutor. Assim, será de toda a relevância para a melhoria dos cuidados prestados mas, essencialmente, para um melhor controlo sintomático, a sua correcta e completa avaliação através de instrumento de avaliação pluridimensional. Seguindo as recomendações para a Prática Profissional dos Enfermeiros emanadas pela ordem dos enfermeiros, a dor deverá ser avaliada seguindo alguns critérios, nomeadamente:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação;
- Avaliar de forma regular e sistemática, desde o 1º contacto, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com os protocolos da instituição;
- Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros:
 - Exame físico;
 - Descrição das características da dor: localização, qualidade, intensidade, duração, frequência;
 - Formas de comunicar a dor/expressões de dor;
 - Factores de alívio e de agravamento;
 - Estratégias de coping;
 - Implicações da dor nas actividades de vida;
 - Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor;
 - Sintomas associados;
 - Uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Escolher instrumentos de avaliação da dor tendo em conta o tipo de dor, idade, situação clínica;
- Avaliar a intensidade da dor utilizando instrumentos de auto-avaliação;
- Assegurar a compreensão dos instrumentos/escalas pela pessoa.

(Adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2008, Pp. 13)

A implementação de estratégias para uma correcta avaliação da dor trará ganhos significativos, quer para a prática da Enfermagem, quer para o doente e sua família já que, uma correcta avaliação permitirá:

- Uniformização de cuidados, melhoria da qualidade dos registos e consequente melhoria na continuidade de cuidados;
- Melhor articulação entre objectivos terapêuticos definidos e intervenções efectuadas;
- Satisfação do doente pelo seu papel activo em todo o processo assim como melhor controlo sintomático;
- Motivação.

Tendo em mente este projecto e visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma das primeiras acções a realizar será:

- A sensibilização dos Enfermeiros e Médicos de Família para a importância da avaliação da dor;
- Melhorar os registos no Processo Clínico do doente;
- Identificar se a analgesia prescrita é adequada à real situação clínica do doente;
- Criação de Protocolo de Avaliação da Dor e respectiva folha de registo;
- Distribuição das diferentes Escalas de Avaliação da Dor pelos Profissionais de Saúde;
- Implementação do uso de Escalas de Avaliação da Dor.

De forma a conseguir atingir os objectivos propostos, será necessário desenvolver várias actividades que promovam espaços de debate e de formação sobre o tema “Dor”, sua avaliação e registos, capacitando os Profissionais para um melhor desempenho das suas funções, assim como analisar registos para discussão de casos e aspectos a melhorar. Consultar Processos Clínicos, confrontação de resultados com a Equipa; elaboração de posters/cartazes informativos e de fácil consulta para colocação no Serviço e criação do Protocolo de Avaliação da Dor. Estas acções deverão ser o ponto de partida para motivar e alertar os profissionais para a importância da Avaliação da Dor, incutindo-lhes a necessidade de formação contínua e de espírito crítico quanto ao trabalho que desenvolvem diariamente, actualizando-se e reformulando objectivos.

A implementação de metodologias para uma efectiva e correcta avaliação e monitorização da dor dos nossos doentes será um contributo muito positivo para prestar melhores cuidados, tanto aos doentes como suas famílias, pretendendo alcançar a excelência cuidativa com um alto padrão de qualidade.

CRONOGRAMA PREVISTO:

300 Horas de Prática Clínica corresponderão, em termos práticos, a 37 turnos. Assim, e tendo em conta que distribuirei essas mesmas 300 horas por três locais distintos de Estágio, apresento o seguinte cronograma:

- Equipa de Suporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de C. – 15 turnos;
- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de B. – 10 turnos;
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de O. (Local de Trabalho) – 12 turnos.

PRÁTICA CLÍNICA/ INSTITUIÇÕES SAÚDE EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

	Fevereiro				Março				Abril				Maio			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
ALUNA	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Magda Teresa Martins dos Santos			15							10			12			

LEGENDA

 Equipa CP C. (15 turnos)

 Equipa CP B. (10 turnos)

 UCSP O. (12 turnos)

A intenção será cumprir os Horários de Trabalho das diferentes Equipas, efectuando os turnos propostos de forma ininterrupta, dando uso às férias e tempo concedido pelo Serviço (horas extraordinárias).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, A.C. 2000. *Controlo de sintomas na fase terminal: aspectos de enfermagem a nível cutâneo*. In Cuidados Paliativos. Coord. NEVES, C. et al. Coimbra. Edições Formasau. Pp. 121--123.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Critérios de qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2006. 19 pp. Disponível em URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf

BENITEZ DEL ROSÁRIO, M. et al. 2002. "La atención a los últimos días" [pdf]. Atención Primaria. (nº 30). Pp. 118-126.

CARVALHO, E.C. 1992. "Doente oncológico em fase avançada na comunidade: ponto de vista da enfermeira". Revista Divulgação. Nº22. Pp. 25-34.

CERQUEIRA, M. 2004. *O cuidador e o doente paliativo no Alto Minho*. Faculdade de Medicina de Lisboa – I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos. 163 pp.

CONSEJERÍA DE SALUD. *Cuidados paliativos domiciliarios – atención integral al paciente e su familia* [pdf]. 2003. 158pp.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor* [pdf]. Circular Normativa N.º 09/DGCG. 14/06/2003. [Citado em 29 de Maio de 2011 – 17:45]. Disponível em URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

FINE, P.; PORTENOY, R. 2005. *Guia Clínico de Analgesia Opióide*. Algés. EuroMédice. 127 pp.

FRIAS, C. 2001. "A espiritualidade: uma dimensão a valorizar na cuidar a pessoa em fim de vida". Revista Servir. (n.º 6). Pp. 263-266.

GLARE, P.; DICKMAN, A. [et al], 2005. *Symptom control in care of the dying*. In Care of the dying: a pathway to excellence. Edit. Ellershaw, J. Wilkinson, S. Oxford: Oxford University Press (Capítulo 3, Pp. 42-61).

GONÇALVES, J. F. 2002. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.

HARLOS, M. *Decision Making in Palliative Care – A Guide to Approaching Care Choices* [pdf]. Manitoba: Faculdade de Medicina da Universidade de Manitoba. 2005. 4 pp.
Disponível em URL: http://www.palliative.info/resource_material/decisionmaking.pdf

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. Disponível em URL:

http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle de Sintomas* [pdf]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. 2001. 130 pp.

Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_cuidados.pdf.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor* [pdf]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde do Brasil. 2001. 124 pp.

Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/publicacoes/dor_manual.pdf.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. 2004. *The IAHPC Manual of Palliative Care* [em linha]. Edit. Doyle, D; Woodruff, R. 2ª Edição. IAHPC Press. 124 pp.

Disponível em URL: <http://www.hospicecare.com/manual/IAHPCmanual.htm>

HENNEZEL, M; LELOUP, J.Y. 2000. *A Arte de Morrer*. Lisboa. Editorial Notícias. 2ª Edição. 171 pp.

OLIVEIRA, A. 1999. *O desafio da morte*. Lisboa. Editorial Noticias. 1ª Edição. 254 pp.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Better Palliative Care for Older People* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde – Europa. 2004. 40 pp.. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde – Europa. 2004. 32 pp. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.

PEREIRA, M.; LOPES, C. 2005. *O doente oncológico e sua família*. Lisboa. Climepsi Editores. 2ª Edição. 146 pp.

PEREIRA, M. 2008. *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra. Formasau. 446 pp.

POSADA, R.; LOPÉZ, M. P. (Responsáveis pela Elaboração). *Guia Clínica de Cuidados Paliativos: Manejo de opioides potentes para el dolor por cáncer en enfermos en situación terminal*. Mérida. Badajoz. Servicio Extremeño de Salud, Consejería de Sanidad y Dependencia, Junta de Extremadura. 55 pp.

SAPETA, P. 2004. "Cuidar na Agonia". Revista de Saúde Amato Lusitano. Castelo Branco. (n.º 17). Ano VIII. Pp. 11-16.

SAPETA, P. 2007. "Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos". Revista Dor. N.º 15. Pp. 16-21.

SAPETA, P. 2011. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.

SCOTT, M. 2005. *O Caminho Menos Percorrido*. Lisboa. Sinais de Fogo. 347 pp.

SERRANO-ATERO, M. et al. 2002. "Valoración del dolor (II)". Revista Soc. Esp. Dolor. N.º 9. Pp. 109–121.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2001. 51 pp.

Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos* [Word]. Edit. Gomez-Batiste et al. 2002. 26pp.

SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS. Colégio de Cuidados de Enfermagem. 2000. *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: "Cuidar" Ética e Práticas*. Loures. Lusociência. 237 pp.

SCHWARTZ, M. 2006. *Amar e Viver*. Cascais. Editora Pergaminho. 1.ª Edição. 113 pp.

TWYECROSS, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.ª Edição. 207 pp.

WATSON, M. et al. 2010. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press. 2.ª Edição. 1035 pp.

WILKINSON, S. MULA, C. 2005. *Communication in care of the dying*. In *Care of the dying: a pathway to excellence*. Edit., Ellershaw, J. Wilkinson, S. Oxford, Oxford University Press (Capítulo 5, Pp. 74-89).

Apêndice II - Planeamento da Sessão de C.



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

1.º MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR



Magda Teresa Martins dos Santos

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

C., Março de 2012

PLANEAMENTO DA SESSÃO

A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo pelo que a melhor definição será sempre a de que dor é aquilo que o doente diz que sente (Serrano-Atero et al, 2002). Sapeta (2007) refere que a dor é uma experiência única, íntima e pessoal pelo que é impossível conhecermos de forma exacta a dor de outra pessoa.

Cicely Saunders identificou outros factores importantes que podem influenciar a experiência de dor, tendo desenvolvido o conceito de “dor total” (Watson et al, 2010).

Dor total pode ser entendida como uma combinação de factores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que actuam sobre a pessoa na sua totalidade. Esta impõe uma abordagem multidisciplinar que consiga, nomeadamente, tratar a dor com competência técnico-científica; valorar o sofrimento emocional e estabelecer intervenções adequadas; preservar/reconstruir os laços sociais e familiares e pacificar as perturbações espirituais que a pessoa refira e para as quais solicite ajuda. O objectivo será o de transformar a situação de dor total em bem-estar e qualidade de vida aceitáveis para o doente e família (Serrão, 2005).

A avaliação da dor deve ser entendida como um processo multidimensional (Twycross, 2003). Considerando que a falta de avaliação ou avaliação incorrecta da dor são as principais causas do insucesso num bom controlo e alívio da mesma, uma intervenção em Equipa e a integração do doente na Equipa como elemento activo no controlo da sua dor será a melhor forma de lhe proporcionar alívio e qualidade de vida (Watson et al, 2010).

Um dos objectivos primordiais da filosofia dos Cuidados Paliativos é a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Esta passará pelo controlo e alívio de sintomas. Para alcançar este propósito será de toda a relevância que exista um plano estruturado de intervenção para controlo de sintomas como a dor.

Novos objectivos terapêuticos terão de ser formulados, nomeadamente, o controlo da dor, a diminuição do sofrimento (em todas as suas dimensões) e a humanização dos cuidados prestados. O processo de doença deverá ser encarado como algo pessoal, individual e familiar que necessitará duma intervenção personalizada na procura da melhor estratégia terapêutica e lidando com os sentimentos e emoções dos doentes e famílias, assim como do próprio Profissional (Pereira e Lopes, 2005).

Apesar do tratamento farmacológico ser a modalidade de tratamento mais utilizada na abordagem à dor, é apenas um dos vários métodos disponíveis. As intervenções farmacológicas tendem a ser mais efectivas no tratamento e alívio da dor quando combinadas com intervenções não farmacológicas e suporte psicossocial (Payne et al, 2004).

O controlo da dor é mais efectivo quando envolve intervenções que actuem nos diversos componentes da dor, compreendendo medidas de ordem educacional, física, emocional e comportamental que podem ser ensinadas aos doentes e familiares.

Das diversas técnicas não farmacológicas que possam ser usadas, é importante referir que estas têm de ser entendidas e aprovadas pelo doente e sua família, pois se para eles não forem creíveis, não terão o efeito desejado. O importante será o conforto e a qualidade de vida do doente e sua família.

Entidade Formadora

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, no âmbito do 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

Tema

Técnicas não farmacológicas para o alívio da Dor

Formadores

- Enfermeira Magda Santos – Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de O.;
- Enfermeira Maria Valentina Gonçalves – Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções no Centro de Saúde de C.B..

Destinatários

Profissionais de Saúde do Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de C..

Objectivos

Objectivo Geral

- *Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a importância da complementaridade entre técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da Dor.*

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Nomear diferentes estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como incentivo à prática/divulgação destas técnicas ao doente e sua família.

Conteúdos

A – A Dor

- Conceitos de Dor e Dor Total;
- Princípios da Avaliação e Controlo da Dor.

B – Técnicas não farmacológicas para o alívio da Dor

- Identificação e caracterização das diversas técnicas não farmacológicas.

Duração

Carga Horária – 20 a 30 minutos

Horário – a definir com a Equipa

Local – Sala de Consulta do Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de C..

Estratégias/Metodologia

Formação em Serviço recorrendo ao Método expositivo-interactivo e demonstrativo. Apresentação de conteúdos em formato PowerPoint.

Referências Bibliográficas

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor* [pdf]. Circular Normativa N.º 09/DGCG. 14/06/2003. [Consultado a 03 de Março de 2012 – 10:51]. Disponível em URL:

<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

FINE, P.; PORTENOY, R. 2005. *Guia Clínico de Analgesia Opióide*. Algés. EuroMédice. 127 pp.

GONÇALVES, J. F. 2002. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. [Consultado a 03 de Março de 2012 – 14:23]. Disponível em URL:

[http://www.iasp-](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain)

[pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain)

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor* [pdf]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde do Brasil. 2001. 124 pp.

Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/publicacoes/dor_manual.pdf.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. 2002. “Adesão ao Tratamento da dor Crónica – Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais”. *Arquivo Neuropsiquiatria*. N.º 61 (2-B). Pp. 416-425.

LINDQVIST, O. et al. 2012. “Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study”. *PLoS Med*. N.º 9 (2).

MITCHELL, C. 2002. “Avaliação e tratamento da dor crónica nos doentes idosos”. *Revista Nursing* (Edição Portuguesa). N.º 170. Pp. 34-36.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde – Europa. 2004. 32 pp. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.

PAYNE, S. et al. 2004. *Palliative Care Nursing – Principles and evidence for practice*. Glasgow. Open University Press. 791 pp.

PEREIRA, M.; LOPES, C. 2005. *O doente oncológico e sua família*. Lisboa. Climepsi Editores. 2ª Edição. 146 pp.

PEREIRA, M. 2008. *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra. Formasau. 446 pp.

POSADA, R.; LOPÉZ, M. P. (Responsáveis pela Elaboração). 2011. *Guía Clínica. Manejo de opioides potentes para el dolor por cáncer en pacientes com enfermedad terminal*. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud – FundeSalud). 119 pp.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. 2005. “Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor”. Arquivo Ciências da Saúde. N.º 12 (1). Pp. 50-54.

SANTOS, A.; FERNANDES, B. 2010. “Analgesia não farmacológica”. Revista Nursing (Edição Portuguesa). N.º 253. Pp. 42-45.

SAPETA, P. 2003. *Estratégias não Farmacológicas no tratamento da dor*. In *Dor e Cuidados Paliativos*. Coord. MARQUES, A. L.; NETO, I. G. Lisboa. Permanyer Portugal. Pp. 33-45.

SAPETA, P. 2007. “Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos”. Revista Dor. N.º 15. Pp. 16-21.

SAPETA, P. 2011. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interacção Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.

SERRANO-ATERO, M. et al. 2002. “Valoración del dolor (II)”. Revista Soc. Esp. Dolor. N.º 9. Pp. 109–121.

SERRÃO, D. *Os Cuidados Paliativos* [html]. 2005. [Consultado a 05 de Março de 2012 – 18:06]. Disponível em URL: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197>

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2001. 51 pp.

Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>

TWYLCROSS, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.^a Edição. 207 pp.

WATSON, M. et al. 2010. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press. 2.^a Edição. 1035 pp.

Plano de Sessão

Tempo	Conteúdos	Objectivos	Metodologia
5 min	-Apresentação dos formadores e justificação do tema	Evidenciar a necessidade de formação na área	Método Expositivo/Participativo
5 min	Dor e Dor Total: Conceptualização	Revisão de conceitos	Método Expositivo/Participativo
5 min	Princípios de Avaliação e Controlo da Dor	Dar a conhecer aos formandos os princípios de Avaliação e Controlo da Dor preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (Portugal)	- Método Expositivo, com uso de slides em PowerPoint - Método Interactivo, demonstrativo de algumas das técnicas apresentadas
10 min	Técnicas não farmacológicas para alívio da Dor	Enumerar e conceptualizar as Técnicas não farmacológicas mais utilizadas no alívio da Dor	
5 min	Levantamento de questões/sugestões	- Dar oportunidade de colocar dúvidas - Permitir discussão e debate sobre as técnicas não farmacológicas apresentadas	Método Interrogativo/Participativo

Apêndice III - Apresentação Powerpoint da Sessão de C.



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR



Magda Santos
Valentina Gonçalves

C , Março de 2012

OBJECTIVOS

Objectivo Geral

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a importância da complementaridade entre técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da Dor.

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Nomear diferentes estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como incentivo à prática/divulgação destas técnicas ao doente e sua família.

SUMÁRIO

A – A Dor

- Conceitos de Dor e Dor Total;
- Princípios da Avaliação e Controlo da Dor.



B – Técnicas não farmacológicas para o alívio da Dor

- Identificação e caracterização das diversas técnicas não farmacológicas.

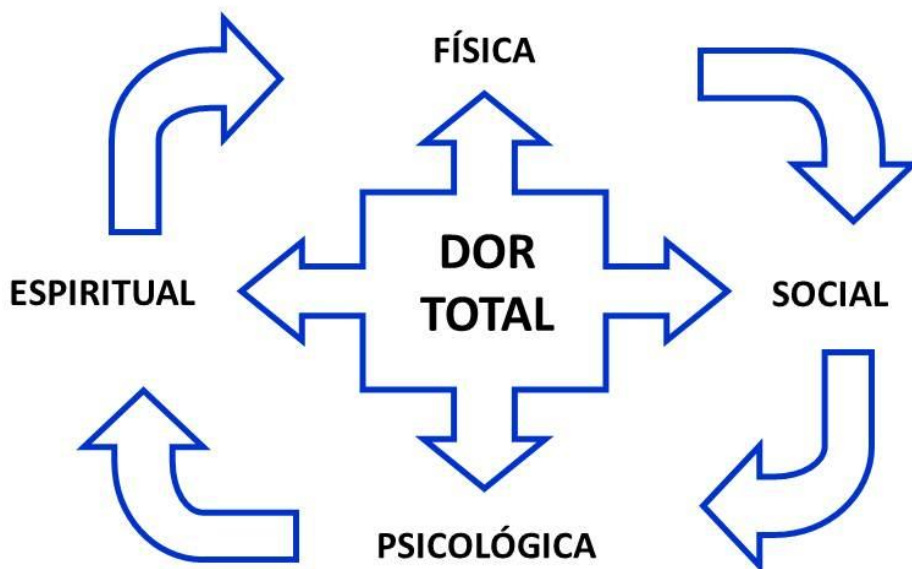
DOR

(...) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.



(IASP, 2006)

DOR TOTAL



(Watson *et al*, 2010)

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
2. A dor é uma experiência subjectiva, multidimensional, única e dinâmica;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;
4. A percepção e expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

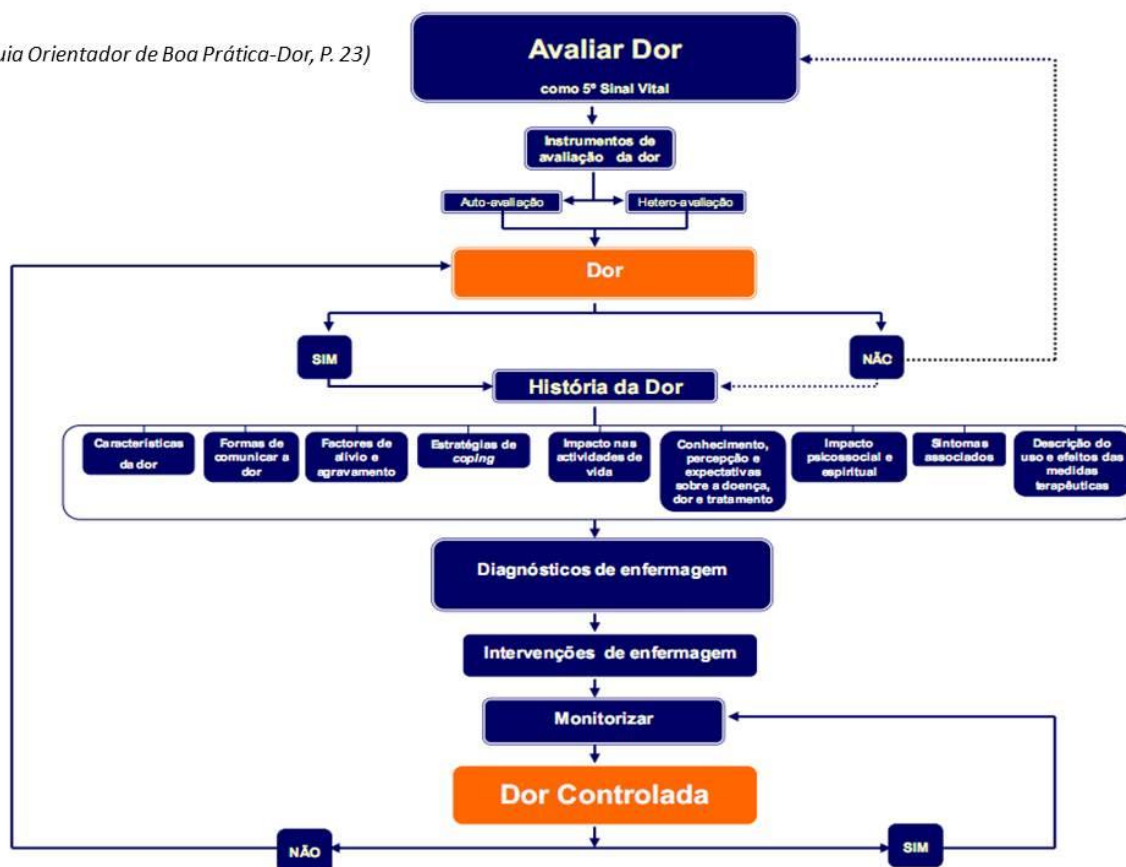
6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
8. Os cuidadores principais e a família são parceiros activos no controlo da dor;
9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

11. Os Enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
12. Os Enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;
13. Os Enfermeiros têm responsabilidade em se articular com outros Profissionais de Saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas do controlo da dor;
14. Os Enfermeiros devem defender a mudança das políticas e a alocação de recursos que sustentam o controlo efectivo da dor.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

(Guia Orientador de Boa Prática-Dor, P. 23)



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS



Apesar do tratamento farmacológico ser a modalidade de tratamento mais utilizada na abordagem à dor, é apenas um dos vários métodos disponíveis. As intervenções farmacológicas tendem a ser mais efectivas no tratamento e alívio da dor quando combinadas com intervenções não farmacológicas e suporte psicossocial.

(Payne *et al*, 2004).

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- As técnicas não farmacológicas são um aspecto muito importante no alívio da dor, podendo reduzir claramente a dor e diminuir a utilização de medicamentos analgésicos, uma vez que estas potenciam o bem-estar não só físico mas também o psicológico.
- Podem ser aplicadas pela equipa de saúde, pelos familiares ou até pelo próprio doente.

(Santos e Fernandes, 2010)

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- Estimulação Cutânea (termoterapia e crioterapia);
- Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea (TENS);
- Acupunctura;
- Massagem Terapêutica;
- Mobilizações activas e passivas.

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- Técnicas de relaxamento (Reiki);
- Aromaterapia;
- Musicoterapia;
- Psicoterapia;
- Biofeedback.

C
O
M
U
N
I
C
A
Ç
Ã
O

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Estimulação Cutânea
(Termoterapia e Crioterapia)**



Utilização do calor e do frio para a dor localizada.

O **frio** atenua a inflamação e o edema através da vasoconstrição.

O **calor** produz relaxamento gradual e redução da rigidez articular e do tónus muscular, através da vasodilatação.

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea
(TENS)**

Produção de **estímulos** sobre a **pele** através de dois eléctrodos ligados a um estimulador. Para o **alívio** da **dor** é fundamental a aplicação correcta dos eléctrodos relativamente ao local da dor.

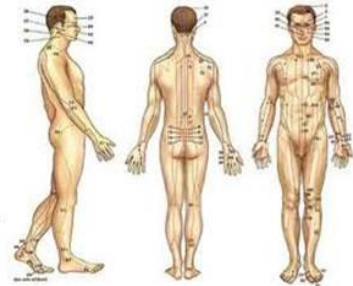


TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Acunpunctura**

Medida terapêutica oriental, cada vez com maior aceitação ocidental. Consiste em **estímulos** provocados através de **agulhas** introduzidas em terminações nervosas que provoca a **inibição** da transmissão de impulsos nervosos que desencadeiam **dor** a diversos níveis do **SNS**.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Massagem Terapêutica**

Procedimento antigo para o alívio da dor, sendo considerado **muito efectivo** e **facilmente aplicável**.

Os seus efeitos têm repercussões a nível **mecânico**, **fisiológico** e também **psicológicos** proporcionando ao doente relaxamento físico com uma sensação de **bem-estar**.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Mobilizações Activas e Passivas**

Os exercícios **fortalecem** os **músculos**, diminuem a rigidez articular pela sua mobilização restabelecendo a coordenação e o equilíbrio.

Os doentes devem ser, segundo as suas potencialidades e padrões de fadiga, **incentivados** a **levantarem-se** e a **movimentarem-se**.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Técnicas de relaxamento**

O relaxamento produz uma sensação **subjectiva** de **bem-estar** em que se deve proporcionar ao doente um ambiente confortável e de controlo da respiração, de modo a que haja uma concentração em **imagens relaxantes**.

Uma das técnicas usadas é o **Reiki**, que consiste uma **transmissão** de **energia** através da **imposição** das **mãos** com em que se está totalmente relaxado.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Musicoterapia**

O uso da **música** para o alívio da dor é uma abordagem bastante usada e com um nível alto de **aceitabilidade** pelos pacientes. Promove o **relaxamento muscular** e alivia a ansiedade e a depressão. Ajuda a relembrar momentos significativos do passado.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Aromaterapia**

A **aromaterapia** faz-se através de substâncias aromáticas naturais: os **óleos essenciais**, estes actuam através do olfacto e de, forma subtil, afectam os sentimentos ajudando a relaxar, revigorar e a afastar os factores de stress.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Psicoterapia**

Tem como principal objectivo aumentar o **autocontrolo**, a autonomia, bem como a actividade física e social de modo a **diminuir** a **perturbação emocional** ligada à dor.

A intenção principal da psicoterapia é ajudar o doente a **controlar a sua vida** em vez de ser a dor a controla-la.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Biofeedback**

O “Biofeedback” designa o conjunto de técnicas que ajudam as pessoas a **controlarem** actividades corporais **involuntárias**. É também conhecido por **reeducar** os **comportamentos** dos **doentes**.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ❖ Ambas as técnicas farmacológicas e não farmacológicas são formas de cuidar com o objectivo de aliviar a dor e otimizar o bem-estar e conforto do doente e família;
- ❖ A vantagem principal da aplicação destas técnicas é a ausência de efeitos secundários comparativamente aos fármacos;
- ❖ As técnicas não farmacológicas têm sido desvalorizadas pelos profissionais de saúde, apesar de optimizarem o conforto e bem-estar do doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ❖ “Aderir ao tratamento significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente. Vários factores influenciam na adesão: características da terapia, peculiaridades do paciente, aspectos do relacionamento com a equipe multiprofissional e variáveis socioeconómicas;” (Kurita e Pimenta, 2003)
- ❖ “o êxito no alívio da dor crónica depende de um trabalho sustentado nas **diferentes disciplinas** de uma equipa motivada e empenhada em cuidar um ser humano globalmente perturbado...” (Sapeta, 2003)

BIBLIOGRAFIA

- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. [Consultado a 03 de Março de 2012 – 14:23]. Disponível em URL: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. 2002. “Adesão ao Tratamento da dor Crónica – Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais”. *Arquivo Neuropsiquiatria*. N.º 61 (2-B). Pp. 416-425.
- LINDQVIST, O. et al. 2012. “Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study”. *PLoS Med*. N.º 9 (2).
- MITCHELL, C. 2002. “Avaliação e tratamento da dor crónica nos doentes idosos”. *Revista Nursing (Edição Portuguesa)*. N.º 170. Pp. 34-36.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.
- RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. 2005. “Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor”. *Arquivo Ciências da Saúde*. N.º 12 (1). Pp. 50-54.
- SANTOS, A.; FERNANDES, B. 2010. “Analgesia não farmacológica”. *Revista Nursing (Edição Portuguesa)*. N.º 253. Pp. 42-45.
- SAPETA, P. 2003. *Estratégias não Farmacológicas no tratamento da dor*. In *Dor e Cuidados Paliativos*. Coord. MARQUES, A. L.; NETO, I. G. Lisboa. Permanyer Portugal. Pp. 33-45.

SESSÃO DE MUSICOTERAPIA...



MAGDA & MARIA



GRACIAS!!!

Apêndice IV - Planeamento da Sessão de B.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

1.º MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

**TRATAMENTO DE
ÚLCERAS/FERIDAS MALIGNAS
DO DOENTE
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Magda Teresa Martins dos Santos

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

B., Abril de 2012

PLANEAMENTO DA SESSÃO

O Tratamento de úlceras malignas é uma das áreas em Cuidados Paliativos que necessita de maior número de estudos e pesquisas robustas de forma a contribuir para uma melhor assistência ao doente e sua família, principalmente nesta fase de vida em que se encontra mais debilitado a nível físico, psicológico e social.

Para cuidar de forma correcta e eficaz de doentes com feridas Paliativas é necessária uma organização de estratégias, segundo um plano individualizado onde prevaleça o alívio dos sintomas e não a busca indiscriminada e, muitas das vezes, indigna da cura da ferida (Benbow, 2009).

Assim, e na sequência da Revisão Sistemática de Literatura efectuada no decorrer da 2.^a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, e como forma de sistematização e divulgação do trabalho efectuado, surge o presente documento de suporte, nesta que é uma área desafiante e que exige respostas integradas e eficientes na procura pela melhor qualidade de vida possível do doente e sua família, no seu conforto e dignidade.

O Cuidar Paliativo inclui a estabilização da ferida existente, a prevenção de novas feridas e o controlo sintomático, com uma visão focada na qualidade de vida do doente (Bergstrom, 2011). O objectivo de não curar uma ferida no fim de vida, inclui um controlo do exsudado, do odor, maximizando a função e mobilidade do doente, prevenindo a infecção e o controlo da dor, prurido e outros sintomas associados. Não se trata da abordagem focada na ferida maligna mas sim na pessoa portadora da lesão, compreendendo a sua dimensão física, psicológica, social e espiritual. A assistência prestada deve ser desenvolvida de forma activa e integral. Devem ser definidos objectivos realistas, criando uma relação de confiança, visando garantir a melhoria da qualidade de vida do doente, preservando a auto-estima e a integridade moral, permitindo a sua convivência social e proporcionando conforto e segurança (Seaman, 2006).

Os aspectos psicológicos devem ser tratados com especial atenção, pois os factores como a alteração da auto-imagem, sentimentos de rejeição, desgosto, isolamento social, ansiedade, a doença, a solidão e o odor proveniente da lesão, levam ao afastamento do convívio social, familiar e à instalação de um quadro de depressão profunda, que contribui para o declínio do estado clínico geral (Santos, Pimenta e Nobre, 2010).

Para Alexander (2009a), uma ferida deve ser tratada em Equipa Multidisciplinar, com uma comunicação eficaz e escuta activa, compreensiva e individual permitindo e facilitando o envolvimento do doente no planeamento do seu Cuidar. A mesma autora refere que um ponto importante do Cuidar centrado no doente é permitir o tratamento de acordo com a sua visão e as suas prioridades que poderão ser diferentes daquelas de quem cuida. A abordagem deve ser multidisciplinar porque, para além do controlo sintomático, é necessário um suporte nutricional, terapia ocupacional e física, aconselhamento e apoio espiritual (Ferris et al, 2007).

O impacto da ferida maligna na qualidade de vida do doente e da família condiciona as acções de quem cuida, sendo diferente e única em cada unidade familiar e em cada indivíduo. Viver cada

ferida maligna obriga a mudar os estilos de vida. Os sintomas associados complicam as actividades de vida diária, pelo que os objectivos de cuidar da ferida serão orientados sobre o impacto que provocam na qualidade de vida.

É importante reconhecer quando os esforços para a cicatrização se tornam irrealistas ou desagradáveis para o doente, já que o tratamento deverá ir de encontro às prioridades deste e ao seu conforto. Assim, o tratamento das feridas terá de ser baseado nas preocupações do doente e na avaliação dos factores que levaram à cronicidade da ferida para que se possam traçar objectivos realistas (Chrisman, 2010).

A ferida maligna resulta de uma solução de continuidade/ruptura da epiderme causada pela infiltração de células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e linfáticos, comprometendo a estrutura anatómica e/ou a função fisiológica. Ocorrem quando o crescimento desorganizado das células invade os tecidos e órgãos, podendo invadir outras partes do corpo de forma agressiva e incontrollável. Este processo dá-se lentamente, podendo levar vários anos até que prolifere e se torne visível, formando a ferida maligna. Os tumores têm capacidade para formar novos vasos sanguíneos que os nutrem e proliferam (Lo et al, 2008).

Estas feridas aparecem sobretudo nos últimos 6 meses de vida em doentes com doença terminal. Estima-se que 5 a 10% dos doentes apresentem estas feridas. Estão mais associadas a neoplasias da mama, cabeça e pescoço, rim, pulmão, ovário, cólon, pénis, bexiga, linfoma e leucemia (Naylor, 2003).

Inicialmente a ferida maligna pode apresentar-se como uma ferida que não cicatriza, a sua coloração pode variar entre rosácea, vermelho, violeta, magenta ou mesmo da cor da pele, sob um pequeno nódulo ou cratera (Maida et al, 2009).

As feridas malignas podem também ser classificadas de acordo com o seu crescimento e aspecto (Naylor, 2001):

- *Lesões malignas ulcerativas*: aspecto ulcerativo ou destrutivo e presença de crostas;
- *Feridas malignas fungosas*: com crescimento proliferativo e aspecto couve-flor;
- *Feridas fungosas malignas ulcerativas*: com um aspecto misto, vegetante e com partes ulceradas.

Os principais sinais e sintomas das feridas são exsudado, hemorragia prurido, odor, infecção e dor:

- Exsudado – O exsudado é resultante da ferida se encontrar na epiderme e a permeabilidade capilar estar aumentada, como consequência da neovascularização se encontrar débil devido ao tumor, ao catabolismo do tecido pelas bactérias, secreção das células tumorais pela permeabilidade vascular. O exsudado também pode ser proveniente do processo inflamatório adjacente relacionado com a infecção (Alexander, 2009b) Pode ser local ou sistémico, este último provém de um linfedema, linforreia, de drogas, da infecção, problemas cardíacos, ou diminuição da albumina no sangue (Benbow, 2009).
- Hemorragia – A hemorragia está associada a um aumento da rede neovascular, à friabilidade dos vasos existentes, dos novos vasos presentes no tumor pela angiogénese e

coagulopatia, e pela diminuição plaquetária no local do tumor (Weirs, 2005). A hemorragia pode ser espontânea ou poderá ser traumática, sendo consequência da remoção do penso ou à mobilização do doente (dependendo do sítio do tumor) (Haynes, 2008). As grandes hemorragias são causadas por rupturas dos principais vasos situados peri-tumor, por compressão tumoral ou devido a tratamentos traumáticos (por exemplo a radioterapia).

- Prurido – Pode ser provocado pela libertação de histamina durante o processo inflamatório de crescimento da ferida – formação tumoral, ou pela maceração da pele circundante provocada pelo exsudado que o tumor produz e que se espalha pelos tecidos. Também pode ser provocado por alergia aos pensos/tratamentos feitos no leito da ferida (Grocott e Cowley, 2001).
- Odor – A oclusão dos vasos sanguíneos provocada pela pressão tumoral diminui a difusão de oxigénio levando à hipoxia e à proliferação de bactérias oportunistas (Poletti et al, 2002) Estas bactérias que poderão ser aeróbias ou anaeróbias, num ambiente húmido, pobre em oxigénio, colonizam o leito da ferida, infectando a mesma, levando à produção de tecido necrótico e de vapores que causam o mau cheiro (Haynes, 2008).
- Infecção – A ferida fica infectada pelas condições que esta apresenta e pela oportunidade de agentes/bactérias patogénicas proliferarem e colonizarem o leito da ferida, provocando também o odor, como já descrito anteriormente. A infecção é influenciada por:
 - Severidade da lesão;
 - Idade e estado de saúde;
 - Nutrição do doente;
 - Capacidade de resposta imune do corpo.

As bactérias associadas com a infecção da ferida são: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus species*, *Pseudomonas aeruginosa* e *MRSA* (Haynes, 2008).

- Dor – Doentes com feridas malignas sentem diferentes níveis de dor dependendo do tamanho e posição da ferida. A dor pode ser neuropática, nociceptiva ou mista, e estar localizada na própria ferida ou aparecer em decorrência de:
 - Infiltração do tumor em áreas enervadas;
 - Compressão tumoral de tecidos e nervos pelo crescimento;
 - Necrose tecidual;
 - Exposição de terminações nervosas;
 - Procedimentos invasivos, quer por diagnóstico ou por tratamento, como na realização do penso;
 - Infecção e inflamação do tecido;
 - Imobilidade e má postura corporal provocado pela presença da ferida.

A dor na ferida foi descrita como possuindo três componentes:

- Dor aguda não-cíclica;
- Dor aguda cíclica;
- Dor crónica.

A dor aguda não-cíclica refere-se a um episódio único de dor, como por exemplo, dor provocada pelo desbridamento. Dor aguda cíclica ocorre com uma regularidade de base, como sempre que se faz o penso, a dor crónica persiste sem manipulação da ferida.

Este é o único sintoma em que a sua percepção pode ser alterada por factores externos, pela ansiedade e pelo medo sem estar relacionado com o estímulo doloroso (Naylor, 2008).

Para fazer um plano de cuidados e a escolha do melhor tratamento para as feridas malignas deve-se fazer uma avaliação da ferida e do local da mesma. Assim a intervenção é feita e é consistente com os objectivos, prioridades e desejos do doente (Bergstrom, 2011).

No tratamento da ferida é necessário avaliar:

- Localização da ferida;
- Tamanho da lesão;
- Profundidade;
- Percentagem de tecido desvitalizado;
- Quantidade e tipo de exsudado;
- História de hemorragia;
- Estado da pele circundante;
- Presença de odor;
- Sinais de fístula;
- Natureza e tipo de dor e os efeitos sobre o doente.

A localização de uma ferida é importante na decisão do tipo de penso, pois para o doente é importante manter uma boa imagem corporal, principalmente se este for visível (Seaman, 2006).

Devido à falta de pesquisa e de protocolos standard baseados em estudos e na evidência, o tratamento de úlceras malignas é baseado na opinião de especialistas e de estudos de caso.

Resumidamente, os princípios comuns para o tratamento paliativo destas feridas são:

1. Limpeza da ferida de forma suave com solução salina tépida, mantendo a ferida húmida;
2. O tratamento é orientado para os sintomas que mais incomodam o doente, com vista ao seu conforto, diminuição de ansiedade, aparência cosmética, redução do número de pensos a efectuar e direccionados para os sintomas a minimizar. Antecipar a hemorragia. Os esforços são no sentido de estabilizar a úlcera e prevenir futura deterioração. Para outras medidas paliativas para a doença de base discutir com o doente/família os benefícios face ao desgaste e fim de vida;
3. Estudos de caso promovem o uso de alguns apósitos como poliuretanos e espumas não aderentes para reduzir a dor e controlar exsudado, carvão activado para controlo do cheiro e apósitos de carvão activado e prata para feridas infectadas e com cheiro para proporcionar algum conforto. Considerar o uso de metronidazol tópico para controlo de cheiro;

4. Outros apósitos a considerar são os que não aderem ao leito da ferida e que absorvem exsudado como os alginatos ou as espumas. Incluir o doente na decisão sobre o material a usar, o que lhe for mais confortável e que permita uma mudança menos frequente (Chrisman, 2010).

A selecção do penso deve ser baseada no melhor produto para o tipo de úlcera para alcançar o melhor controlo sintomático.

Devido à natureza única das úlceras malignas, o produto ideal para um doente poderá ser prejudicial para outro. Para Alexander (2009c) o penso ideal seria:

1. Capaz de absorver grandes volumes de exsudado sem causar trauma na pele circundante (espumas, alginatos, hidrofibras, silicone);
2. Capaz de reduzir o odor e manter a simetria corporal o mais possível;
3. Disponível em vários tamanhos para se adaptar a lesões largas e irregulares;
4. Idealmente ter a capacidade para permanecer por longos períodos, reduzindo o inconveniente e desconforto associados às mudanças de penso. (os pensos higiénicos poderão ser muito úteis desde que consentidos pelo doente).

As úlceras malignas exigem normalmente 2 ou mais camadas. Idealmente a 1.^a deve ser não aderente, maleável e permeável para que a 2.^a camada possa absorver o excesso de exsudado. A 2.^a camada deve ser altamente absorvente, maleável e o mais estética possível. Deverá permitir manter-se *in situ* o máximo de tempo possível ou então permitir apenas a mudança da 2.^a camada.

As úlceras vão mudando ao longo do tempo consoante a agressividade do cancro e dos tratamentos efectuados como cirurgia, QT ou RT. Inclusive com tratamento paliativo é de esperar que a lesão evolua. É importante que a Enfermeira tenha isso em mente para que reavalie a situação e adapte o plano de cuidados às necessidades do doente.

Entidade Formadora

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco no âmbito do 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

Tema

Tratamento de Úlceras/Feridas Malignas do doente em Cuidados Paliativos

Formadores

- Enfermeira Magda Santos – Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de O.;
- Enfermeira Maria Valentina Gonçalves – Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções no Centro de Saúde de C.B..

Destinatários

Profissionais de Saúde da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos B..

Objectivos

Objectivos Gerais

- Enumerar os principais sinais e sintomas das úlceras malignas do doente em Cuidados Paliativos (Exsudado, hemorragia, prurido, odor, infecção e dor);
- Identificar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas no tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em Cuidados Paliativos;
- Demonstrar a importância da prática baseada na evidência científica.

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Caracterizar os diferentes sinais e sintomas das feridas/úlceras malignas;
- Identificar as diferentes opções terapêuticas consoante os sinais e sintomas provocados pela ferida/úlceras maligna;
- Reconhecer o contributo da pesquisa da evidência científica como forma de melhorar a assistência ao doente e sua família, no caso particular do tratamento de feridas/úlceras malignas;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como conduta orientadora face ao doente com ferida/úlceras maligna e sua família.

Conteúdos

A – Fisiopatologia da ferida/úlceras maligna

B – Intervenção paliativa na ferida

C – Sinais e sintomas da ferida/úlceras maligna

D – Tratamento farmacológico e não farmacológico

Duração

Carga Horária – 30 a 45 min

Horário – 14h30m às 17h

Local – Sala de Reuniões do Centro de Saúde de B.

Estratégias/Metodologia

Formação em Serviço (inserida na Reunião Mensal da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos B.) recorrendo ao Método expositivo-interactivo, demonstrativo e interrogativo. Apresentação de conteúdos em formato PowerPoint, partilha de opiniões, dúvidas ou casos/experiências que os formandos tenham vivenciado.

Referências Bibliográficas

ADDERLY, U. J., SMITH, R.. 2011. *Topical agents and dressings for fungating wounds*. Reino Unido. The Cochrane Collaboration. 22 pp .

ALEXANDER, S. 2009a. *Malignant fungating wounds: epidemiology, etiology, presentation and assessment*. Journal of wound Care. Austrália. Vol 18 nº7, Pp 273- 280

ALEXANDER, S. 2009b. *Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº8, Pp 325 – 329

ALEXANDER, S. 2009c. *Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº9, Pp 374 - 382

ALEXANDER, S. 2009d. *Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18, nº10, Pp 418 – 425

BENBOW, M. 2009. *Fungating malignant wounds and their management*. Journal of Community Nursing. Chester – Reino Unido. Vol 23. Pp 12-18

BERGSTROM, K. 2011. *Assessment and Management of fungating wounds*. Journal Wound Ostomy Continence Nurses. Ohio. 38(1). Pp 1-7

BURNS, J. STEPHENS, M. 2003. *Palliative Wound management: the use of a glycerine hydrogel*. British Journal of Nursing. Inglaterra. Vol 12 nº6. Pp 14-18

CHRISMAN, C. 2010. *Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients*. International Wound Journal. Vol 7 nº4, Pp 214- 235

DOWSETT, C. 2002. *Malignant fungating wounds: assessment and management*. Bristish journal of Community Nursing. London. Vol 7 nº8. Pp 394- 400

DRAPER, C. 2005. *The management of malodour and exudates in fungating wounds*. British Journal of Nursing. Inglaterra. Vol 14 nº11, Pp 4 – 12

FERRIS, F., et al. 2007. *Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the international palliative wound care initiative*. Journal of Palliative Medicine. Vol 10, nº1, Pp 37 – 39

FORD-DUNN, S. 2006. *Use of vacuum assisted closure therapy in the palliation of a malignant*

wound. Palliative Medicine. 20, Pp 477-478

GROCOTT, P. 2007. *Care of patients with fungating malignant wounds*. Nursing Standard. Londres. Vol 21 nº24, Pp 57-66

GROCOTT, P., COWLEY S. 2001. *The palliative management of fungating malignant wounds – generalizing from multiple case study data using a system of reasoning*. International Journal of Nursing's Studies. Vol 38, Pp 533-545

HAISFIELD-WOLFE, ME., BAXENDALE- COX, LM. 1999, *Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study*. Oncology Nurs Forum. Vol 26, nº6, Pp 1055-1064

HAISFIELD-WOLFE, ME, RUND, C. 1997. *Malignant cutaneous wounds: a management protocol*. Ostomy Wound Management. Vol 43, nº1, Pp 56-66

HAYNES, J. 2008. *An overview of caring for those with palliative wounds*. Journal of community Nursing, Inglaterra. Dezembro, Pp24-30

HAWTHORN, M. 2010. *Caring for a patient with a fungating malignant lesion in a hospice setting: reflecting on practice*. International Journal of Palliative Nursing. Reino Unido. Vol 16 nº2. Pp 70-76

IVECT, O., LYNE PA. 1990. *Fungating and ulcerating malignant lesions: a review of the literature*. Journal of Advanced Nursing. Vol 15, Pp 83-88

KAKIMOTO, M., TOKITA, H. et al. 2010. *A Chemical haemostatic technique for bleeding from malignant wounds*. Journal of Palliative Medicine. Japão. Vol 13 nº1. Pp 11 -13

KALINSKI, C., SCHNEPF, M., et al. 2005. *Effectiveness of a topical formulation containing metronidazol for wound odor and exudates control*. Wounds. Vol 17 nº4, Pp 84- 90

LO, S., HU, W., et al. 2008. *Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study*. Journal of Clinical Nursing. 17, Pp 2699 – 2708

LUND-NIELSEN, B., ADAMSEN, L., et al. 2011. *Qualitative bacteriology in malignant wounds – a prospective, randomized, clinical study to compare the effect of honey and silver dressings*. Ostomy Wound Management. Vol 57 nº7, Pp 28-36

MAIDA, V., ENNIS, M., et al. 2009. *Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series*. Journal of Pain and Symptom Management. Toronto. Vol 37 nº2. Pp 206- 211.

MCDONALD, A., LESAGE, P. 2006. *Palliative Management of pressure and malignant wounds in patients with advanced illness*. Nova Iorque. Vol 9, nº2, Pp 285 – 295

NAYLOR, W. 2001. *Assessment and management of pain in fungating wounds*. British Journal of Nursing. Vol 10

NAYLOR, W. 2003. *Palliative management of fungating wounds*. European Journal of Palliative Care. Vol 10, nº3, Pp83-88

NOBLET, M. 2008. *Assessment of a fungating breast wound*. Practice Nursing. Manchester – Inglaterra. Vol 19 nº6. Pp 282 - 286

POLETTI, N., et al. 2002. *Feridas Malignas: uma revisão de literatura*. Revista Brasileira de Cancerologia . Brasil. Vol48, nº3, Pp411-417

PROBST, S., ARBER, A., FAITHFULL, S. 2009. *Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland*. European Journal of Oncology Nursing. 13, Pp 295- 298

SANTOS, C., PIMENTA, C., NOBRE, M. 2010. *A Systematic Review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds*. Journal of Pain and Symptom Management. São Paulo – Brasil. Vol 39 nº6. Pp 1065-1076

SCHULTZ, G., SIBBALD, R., et al. 2003. *Wound bed preparation: a systematic approach to wound management*. Wound repair and regeneration. Vol 11 nº2, Pp 1- 28

SEAMAN, S. 2006. *Management of malignant fungating wounds in advanced cancer*. Seminars in Oncology Nursing. La Mesa – Califórnia. Vol 22, nº3, Pp 185 – 193

TRAN, Q., FANCHER, T. 2007. *Achieving Analgesia for Painful Ulcers, using topically applied morphine gel*. Journal Support Oncology. California. Vol 5 nº 6, Pp 289 – 293

VOLLSTEDT, C. 2000. *Management of malignant malodorous wounds*. Journal of Hospice and Palliative Nursing. St Petersburg. Vol 2 nº1. Pp 28-30

WARNKE, P., SHERRY, E. et al. 2005. *Antibacterial essential oils reduce tumor smell and inflammation in cancer patients*. Journal of Clinical Oncology. Vol 23 nº7, Pp 1588- 1589

WEIRS, D. 2005. *Managing complex malignant wounds*. ACCNS Journal for Community Nurses. Sydney. Vol 10 nº3. Pp 21, 22

WEST, D. 2007. *A palliative approach to the management of malodour from malignant fungating tumours*. International Journal of Palliative Nursing. Reino Unido. Vol 13 nº3. Pp 137 – 142

WOO, K., SIBBALD, R. 2010. *Local wound care for malignant and palliative wounds*. Advances in Skin & Wound Care. Toronto. Setembro, Pp 417- 428

Apêndice V - Apresentação Powerpoint da Sessão de B.



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

TRATAMENTO DE ÚLCERAS/FERIDAS MALIGNAS DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Magda Santos
Valentina Gonçalves**

B Abril de 2012

OBJECTIVOS

Objectivos Gerais:

- Enumerar os principais sinais e sintomas das úlceras malignas do doente em Cuidados Paliativos (Exsudado, hemorragia, prurido, odor, infecção e dor);
- Identificar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas no tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em Cuidados Paliativos;
- Demonstrar a importância da prática baseada na evidência científica.

OBJECTIVOS

Objectivos Específicos:

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Caracterizar os diferentes sinais e sintomas das feridas/úlceras malignas;
- Identificar as diferentes opções terapêuticas consoante os sinais e sintomas provocados pela ferida/úlceras malignas;
- Reconhecer o contributo da pesquisa da evidência científica como forma de melhorar a assistência ao doente e sua família, no caso particular do tratamento de feridas/úlceras malignas;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como conduta orientadora face ao doente com ferida/úlceras malignas e sua família.

SUMÁRIO

- Metodologia da Revisão Sistemática da Literatura;
- Fisiopatologia da Úlcera/Ferida Maligna;
- Intervenção Paliativa na Úlcera/Ferida Maligna;
- Controlo Sintomático em Úlceras/Feridas Malignas.

METODOLOGIA

Revisão Sistemática da Literatura



Procura de estudos de qualidade que possibilitassem responder à nossa questão de investigação

Identificar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas no tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em Cuidados Paliativos

“Quais os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos mais utilizados para o desconforto, dor e sintomas de úlceras malignas do doente em Cuidados Paliativos?”

METODOLOGIA

Critérios de Inclusão:

- Todos os artigos que abordem a temática do tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em cuidados paliativos
- Todos os artigos que abordem o controlo sintomático relacionado com úlceras/feridas malignas como sejam: odor, dor, exsudado, hemorragia

Critérios de Exclusão:

- Tratamento de Úlceras/Feridas Malignas do Doente em Cuidados Paliativos
- Artigos que envolvam crianças e adolescentes
- Artigos direccionados para lesões muito específicas associadas a tumores (fístulas, melanomas, tumores ósseos)
- Artigos que se refiram apenas a úlceras de pressão

METODOLOGIA

- Artigos escritos em inglês e português;
- Espaço temporal entre 2000 e 2011;
- Procura dos artigos científicos nas bases de dados de referência e de texto integral como a B-on, EBSCO, RCAAP, procura de Teses de Mestrado e uso do Google Académico;
- Dos 178 artigos obtidos, 51 foram seleccionados pelo *abstract*;
- 27 artigos após leitura integral e aplicação dos critérios definidos.

FISIOPATOLOGIA DA FERIDA MALIGNA

- A ferida maligna resulta de uma **ruptura** da epiderme causada pela infiltração de células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e linfáticos, comprometendo a estrutura anatómica e/ou a função fisiológica.
- Estas feridas aparecem sobretudo nos últimos 6 meses de vida em doentes com doença terminal.
- Estima-se que 5 a 10% dos doentes apresentem estas feridas.
- Estão mais associadas a neoplasias da mama, cabeça e pescoço, rim, pulmão, ovário, cólon, pénis, bexiga, linfoma e leucemia.
- Pode apresentar-se como uma ferida que não cicatriza, a sua coloração pode variar entre rosácea, vermelho, violeta, magenta ou mesmo da cor da pele, sob um pequeno nódulo ou cratera.

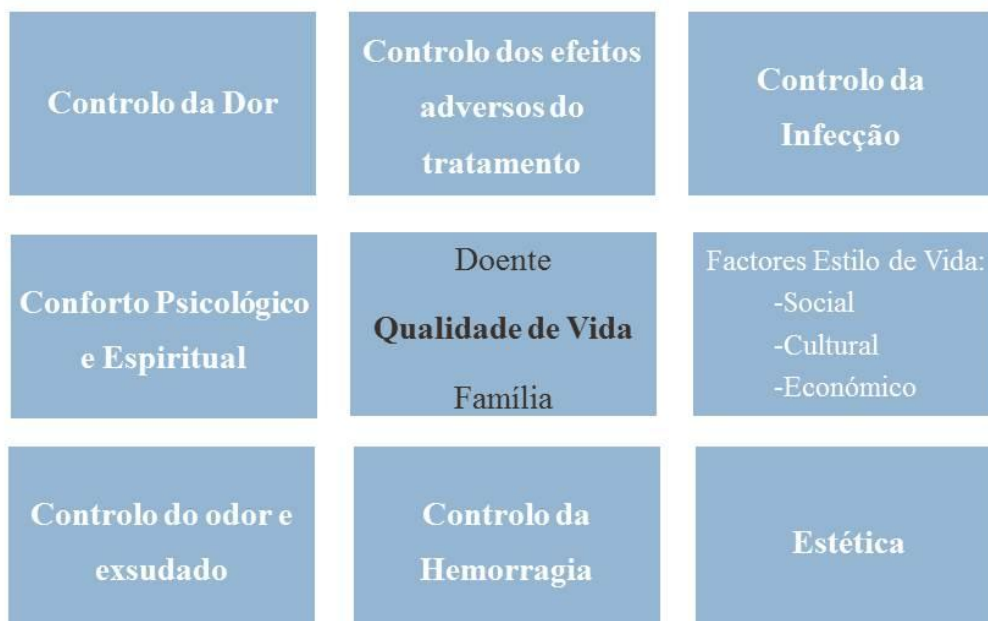
FISIOPATOLOGIA DA FERIDA MALIGNA

- A ferida maligna resulta de uma **ruptura** da epiderme causada pela infiltração de células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e linfáticos, comprometendo a estrutura anatómica e/ou a função fisiológica.
- Estas feridas aparecem sobretudo nos últimos 6 meses de vida em doentes com doença terminal.
- Estima-se que 5 a 10% dos doentes apresentem estas feridas.
- Estão mais associadas a neoplasias da mama, cabeça e pescoço, rim, pulmão, ovário, cólon, pénis, bexiga, linfoma e leucemia.
- Pode apresentar-se como uma ferida que não cicatriza, a sua coloração pode variar entre rosácea, vermelho, violeta, magenta ou mesmo da cor da pele, sob um pequeno nódulo ou cratera.

INTERVENÇÃO PALIATIVA NA FERIDA MALIGNA

- Para **cuidar** do doente com feridas Paliativas é necessária uma organização de estratégias que assentem no **alívio** dos sintomas e não na cura da ferida;
- Não se trata da abordagem focada na ferida maligna mas sim na **pessoa** portadora da lesão;
- A assistência prestada deve ser desenvolvida de forma activa e integral tendo em vista **objectivos realistas**;
- Uma ferida deve ser tratada em Equipa Multidisciplinar, com uma comunicação eficaz e escuta activa, compreensiva e individual permitindo e facilitando o envolvimento do doente no planeamento do seu Cuidar;
- Um ponto importante do Cuidar centrado no doente é permitir o tratamento de acordo com sua visão e as suas prioridades que poderão ser diferentes de quem cuida.

INTERVENÇÃO PALIATIVA NA FERIDA MALIGNA



CONTROLO SINTOMÁTICO



EXSUDADO

- Importância da escolha dos **apósitos** consoante:
 - Localização da Úlcera;
 - Quantidade de exsudado;
 - Deformidade da ferida;
 - A 1.^a camada deverá ser não aderente (**gaze gorda**);
 - A 2.^a camada deverá ser maleável, absorvente e estética;
 - É importante a manutenção dos pensos *in situ* através de Ligaduras, rede tubular e adesivo.

EXSUDADO

- O material de penso da 2.^a camada deve permitir a mudança sempre que este repasse e são, por exemplo:
 - Os alginatos;
 - Pensos de espuma;
 - Co-polímeros de amido;
 - Hidropolímeros;
 - Silicones;
- Uso de antibióticos
 - Metronidazol sistémico;
 - Metronidazol tópico a 0,75%.

EXSUDADO

- Para a redução de exsudado poderão ser usados:
 - Esteróides tópicos;
 - Permanganato de potássio;
 - Nitrato de prata em lápis ou ácido acético (vinagre);
 - Radioterapia (Como inconveniente destaca-se a irritação local ou a indisponibilidade do tratamento para o doente).

EXSUDADO

- Para lesões muito exsudativas e como prevenção da maceração da pele podem usar-se:
 - Dispositivos de contenção, como sacos colectores ou placas de barreira para ostomias;
 - Pensos higiénicos;
 - Fraldas descartáveis;
 - Produtos em pó ou creme sem álcool (vitamina A);
 - Solução polimérica de extracto córneo em spray (Cavilon®);

EXSUDADO

A **terapia não farmacológica** mais usada para controlo do **exsudado** é a **TERAPIA DE VÁCUO**:

Vantagens:

- Eliminação do odor;
- Conforto do doente;
- Penso mudado menos frequentemente;

Desvantagem:

- Possibilidade de granulação.

HEMORRAGIA

O principal objectivo será prevenir uma hemorragia no leito da ferida. Se a hemorragia for frequente ou abundante poderá ser necessário recorrer a controlo analítico para despiste de anemia e eventual transfusão sanguínea, desde que beneficie o doente e melhore a sua qualidade de vida.

HEMORRAGIA

- ❑ Proceder à remoção cuidada dos pensos, humedecidos com solução salina tépida;
- ❑ Uso de apósitos não aderentes;
- ❑ Uso de hidrogel em úlceras pouco exsudativas;
- ❑ Exercer pressão localizada por 10-15 minutos ou uso de gelo local;
- ❑ Usar alginato de cálcio devido às suas propriedades hemostáticas;
- ❑ Uso de hidrocolóides contendo pectina;
- ❑ Por cauterização recorrendo ao uso de pasta de sucralfato.

HEMORRAGIA

- ❑ Aplicação de gaze impregnada de 1:1000 de epinefrina/adrenalina, contudo o uso da adrenalina via tópica, tem de ser monitorizado e ponderado já que pode causar necrose local;
- ❑ Dose tópica de tromboplastina 100 unidades/ml;
- ❑ Nitrato de prata em lápis a 0.5%-1% aplicado directamente no ponto de hemorragia;
- ❑ Esponjas hemostáticas sobre a úlcera, cobertas por um penso secundário.

HEMORRAGIA

- Uso de antifibrinolíticos orais;
- Vasoconstritores análogos da somostatina;
- Acetona;
- Prostaglandinas;
- Ácido aminocapróico;
- Ornipressina;
- Vitamina K;
- Radioterapia;
- Quimioterapia;
- Embolização (caso esta possa ser antecipada, poderá ser pedida a intervenção do cirurgião vascular).

HEMORRAGIA

- O uso da Pasta de Moh's ou pasta de cloreto de zinco implica o seguimento de um protocolo de aplicação:
 - Anestesia local com lidocaína gel;
 - Protecção da pele circundante à úlcera;
 - Aplicação da Pasta directamente na lesão ou aplicação em gaze;
 - Exercer compressão entre 5 e 10 minutos até hemostase, retirar o excesso de Pasta com compressa humedecida.

No estudo apresentado, o tempo decorrido entre a aplicação e a hemostase foi de 10 minutos, sendo que as lesões não tornaram a sangrar num espaço de tempo compreendido entre as 3 semanas e os 3 meses.

PRURIDO

- Pode ser localizado ou generalizado;
- O prurido pode aumentar a experiência de dor ou provocar hemorragia pelo simples facto de o doente se coçar.
- Poucos métodos estão desenvolvidos para aliviar ou tratar este sintoma, o uso de anti-histamínicos sistémicos **não é eficaz**.
- Em úlceras crónicas foi testado o uso de doxepina 5% creme (antidepressivo tricíclico com propriedades anti-histamínicas) com bons resultados.
- Tratamentos feitos com o uso de mentol tópico diluído em creme aquoso e a aplicação do hidrogel aliviaram o prurido com sensação de arrefecimento da ferida maligna.

PRURIDO

Encontraram-se ainda descrições genéricas sobre o uso:

TENS;

Óleo de menta;

Capsaicina;

Corticóides sistémicos;

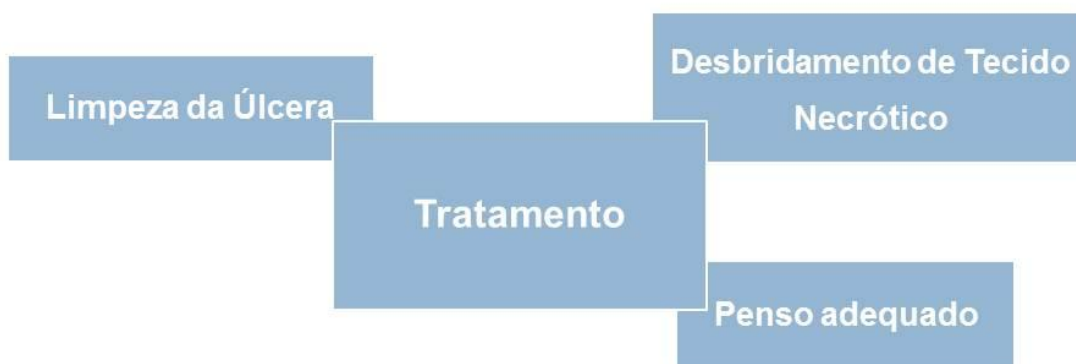
Anticonvulsivantes;

Antidepressivos;

Hidroxizina;

Ondasetron.

ODOR



ODOR

□ HIDROGEL

- O hidrogel é um desbridante autolítico;
 - Como forma de reduzir o odor, pode recorrer-se ao desbridamento, contudo, devido ao risco de hemorragia recorre-se ao uso de agentes autolíticos como o **hidrogel** associando-se, ou não, com um **hidrocolóide**.
 - Exemplo: Novogel® + Allevyn® + Cavilon®

ODOR

□ PENSOS DE PRATA

- São eficazes na diminuição do odor.
- Usados como adjuvantes no combate ao odor, associado ao carvão activado.

□ ANTIMICROBIANOS TÓPICOS

- Mel (menos traumático pois liberta peróxido de hidrogénio);
- Açúcar;

ODOR

□ TERAPIAS ADJUVANTES

- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Hormonoterapia (tamoxifen e letrozole 2,5mg/d, usados com outros produtos);

ODOR

□ TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Aplicação de produtos tópicos no leito da ferida ou para usar no meio ambiente

- Os óleos essenciais (eucalipto, limão e murta) funcionam como antisépticos com efeito bactericida (70mg de óleo de eucalipto com 50mg de óleo de melaleuca, 45mg de óleo de limão, 7mg de óleo de folha de cravo e 3mg de tomilho numa solução alcoólica de base a 40% em doentes com neoplasia da cabeça e pescoço. Existiu resolução do odor após 3 dias a 1 semana, mantendo-se após a suspensão de antibiótico).

ODOR

□ TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Dois outros estudos em doentes do foro ORL:

- Usou-se óleo essencial de eucalipto num, noutro juntou-se a essência de eucalipto ao chá verde e toranja, (com o doente a fazer antibiótico).
- Foi irrigada a fístula 2x/dia, com redução ou desaparecimento do odor em 2-3 dias.

Em ambos os estudos, o uso desta terapia permitiu ao doente regressar à sua casa, melhorando a qualidade de vida e independência, a auto-imagem e a componente sócio-afectiva, com diminuição dos sinais de depressão.

ODOR

▣ TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- ▣ Extracto de baunilha;
- ▣ Grânulos de café;
- ▣ Areia de gato;
- ▣ Carvão vegetal;.
- ▣ Vinagre.

ODOR

▣ TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- ▣ A terapia de vácuo é usada causando pressão negativa no leito da ferida de forma oclusiva, verificou-se a realização de pensos mais espaçados (a cada 3 dias) e aumento da independência, permitindo ao doente regressar ao domicílio.

INFECÇÃO

- A diminuição da colonização de uma ferida poderá diminuir o exsudado, a dor e o odor.
- O uso de antibióticos não promove a cicatrização mas pretende a diminuição da carga bacteriana.
 - Metronidazol sistémico;
 - Metronidazol tópico a 0,75%.
- Apósitos com prata impregnada.

INFECÇÃO

- Aumento do uso de mel devido ao aumento da resistência bacteriana aos antibióticos.
- Uso de mel tratado com radiação gama (mel não tratado poderá conter esporos de *clostridium*;
- O mel cria um ambiente hiperosmótico que inibe o crescimento bacteriano e promove o desbridamento autolítico;
- O mel possui a enzima glucose oxidase que produz de forma continuada baixos níveis de peróxido de hidrogénio.

INFECCÃO

- ▣ Combate rapidamente a infecção e impede o aumento de tecido necrótico.
- ▣ A sua alta viscosidade produz uma barreira física contra a contaminação externa.
- ▣ A melhor técnica é usar compressa 4x4 impregnada de mel (20ml), para impregnar a compressa aquece-se o mel à temperatura corporal e dilui-se 1 parte de água para 20 de mel.

INFECCÃO

- ▣ A comparação do efeito do penso de mel *versus* penso de prata, em termos de eficácia e capacidade de redução de diâmetro das feridas não foi significativa, em termos de bacteriologia, entre as que reduziram o diâmetro e as que se mantiveram no tamanho inicial.
- ▣ Aplicação tópica de géis ou cremes antimicrobianos poderá ser suficiente;
- ▣ No caso de surgirem sinais de septicémia, o uso oral ou EV de antimicrobianos poderá ser considerado.

INFECCÃO

- O uso de terapias adjuvantes poderá ser considerado mas em primeiro lugar deverão ser considerados o diagnóstico, prognóstico, custo e riscos, sempre no melhor interesse e conforto do doente.

DOR

- O uso de analgesia sistémica é a referência no controlo da dor mas o seu uso é, muitas vezes, complicado por biodisponibilidade imprevisível devido ao microambiente da ferida e alterações circulatórias devido à malignidade do tumor.
- É também referência a pré-medicação com opióides de acção rápida antes das mudanças de penso.
- Opióides sistémicos podem ainda ter efeitos adversos significativos. Estas limitações e a descoberta de receptores opióides periféricos despoletaram o interesse em vias alternativas para controlo da dor.

DOR

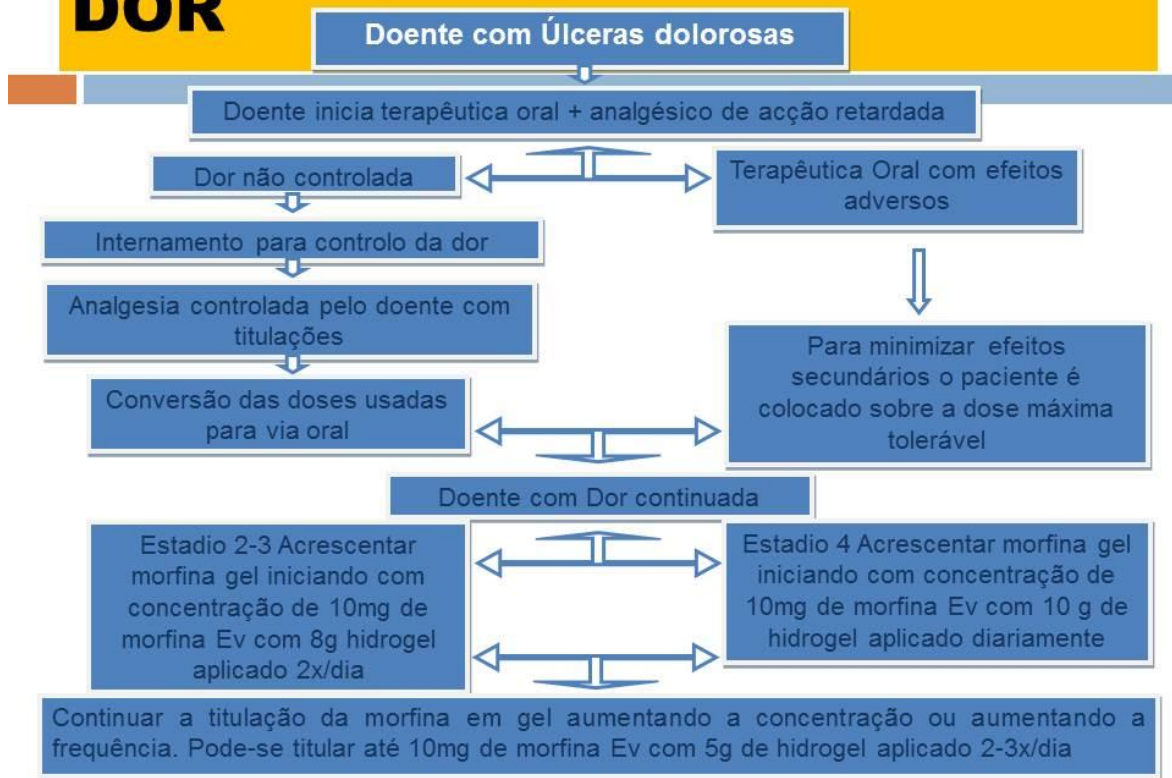
Para reduzir a dor, o tratamento local deve envolver a avaliação da causa subjacente seguindo alguns procedimentos:

- A técnica de limpeza é considerada uma fonte de dor por isso sugere-se sempre o uso de água tépida ou solução salina para limpeza simples;
- Evitar o uso de antisépticos e o esfregar excessivamente, contudo, o uso de iodopovidona como antiséptico tópico poderá diminuir a carga bacteriana;
- Nunca usar penso seco, usar a gaze gorda como 1.º apósito.

DOR

- O uso de sulfadiazina de prata a 1%, tem de ser muito bem ponderado pelo risco de hemorragia ao desbridar (dar ao doente um opióide de acção rápida aproximadamente 30 minutos antes do penso);
- Há vários estudos com o uso de outros opióides para além da morfina, mas é este o mais eficaz com um tempo de actuação prolongado (entre 2 a 45 horas) e alívio aos 60 minutos após colocação;

DOR



DOR

- O metronidazol gel também tem sido usado como suporte para opióides tópicos, como forma combinada de alívio da dor e do odor. Aplicando esta mistura uma vez ao dia consegue-se manter um alívio da dor por 24 horas.
- Uso de anestésicos de aplicação tópica como EMLA® creme (mistura eutética de anestésicos tópicos, normalmente lidocaína e prilocaína).

DOR

- O controlo da dor no leito da ferida pode ainda ser conseguido através do uso de lidocaína a 2.75% em óxido de balmexina (4h de acção) ou de patches de lidocaína;
- É também usado ibuprofeno tópico 10mg/1ml em 8g de hidrogel 1x/dia com penso de espuma como apósito secundário.
- Pode também fazer-se a aplicação de gelo antes ou depois do tratamento para amenizar a dor.

DOR

- Como **terapias adjuvantes** no tratamento da dor, sempre ponderando as vantagens face ao diagnóstico do doente e sua vontade, devem considerar-se:
 - Cirurgia;
 - Radioterapia;
 - Terapia Hormonal;
 - Quimioterapia.

DOR

- Tratamento não farmacológico
 - Relaxamento;
 - Música;
 - Massagem;
 - Visualização e imagética guiada;
 - Acupunctura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Apesar de haver uma preocupação crescente sobre este cuidado, estudos com evidências científicas são escassos, havendo uma grande lacuna em relação ao conhecimento que estes proporcionam. As informações recolhidas são baseadas em estudos de caso e artigos descritivos e, muitas das vezes, generalizadas a partir do **tratamento de outras feridas crónicas**.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A Intervenção Paliativa nesta área inclui estabilizar a ferida, prevenção de novas feridas e o controlo sintomático focado na qualidade de vida do doente e sua família.
- Os objectivos do Cuidar de úlceras malignas incluem o controlo e prevenção do **exsudado, hemorragia, prurido, odor, infecção e dor.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- As úlceras malignas exigem normalmente 2 ou mais camadas. Idealmente a 1.^a deve ser não aderente, maleável e permeável para que a 2.^a camada possa absorver o excesso de exsudado. A 2.^a camada deve ser altamente absorvente, maleável e o mais estética possível. Deverá permitir manter-se *in situ* o máximo de tempo possível ou então permitir apenas a mudança da 2.^a camada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O odor e o exsudado são os sintomas mais difíceis de controlar, sendo o odor o mais perturbador para o doente e os que estão consigo;
- Cuidar do doente implica uma abordagem focada na pessoa portadora da lesão compreendendo a sua **dimensão física, psicológica, social e espiritual**.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A **assistência prestada** deve ser desenvolvida de forma activa e integral envolvendo o **doente e família** no **cuidar** e permitir o tratamento de acordo com a visão dele e com as suas **prioridades** que poderão ser diferentes de quem cuida.

BIBLIOGRAFIA

- ADDERLY, U. J., SMITH, R.. 2011. *Topical agents and dressings for fungating wounds*. Reino Unido. The Cochrane Collaboration. 22 pp .
- ALEXANDER, S. 2009a. *Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment*. Journal of wound Care. Austrália. Vol 18 nº7, Pp 273- 280
- ALEXANDER, S. 2009b. *Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº8, Pp 325 – 329
- ALEXANDER, S. 2009c. *Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº9, Pp 374 - 382
- ALEXANDER, S. 2009d. *Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18, nº10, Pp 418 – 425
- BENBOW, M. 2009. *Fungating malignant wounds and their management*. Journal of Community Nursing. Chester – Reino Unido. Vol 23. Pp 12-18
- BERGSTROM, K. 2011. *Assessment and Management of fungating wounds*. Journal Wound Ostomy Continence Nurses. Ohio. 38(1). Pp 1-7
- BURNS, J. STEPHENS, M. 2003. *Palliative Wound management: the use of a glycerine hydrogel*. British Journal of Nursing. Inglaterra. Vol 12 nº6. Pp 14-18
- CHRISMAN, C. 2010. *Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients*. International Wound Journal. Vol 7 nº4, Pp 214- 235
- DOWSETT, C. 2002. *Malignant fungating wounds: assessment and management*. British journal of Community Nursing. London. Vol 7 nº8. Pp 394- 400

BIBLIOGRAFIA

- DRAPER, C. 2005. *The management of malodour and exudates in fungating wounds*. British Journal of Nursing. Inglaterra. Vol 14 nº11, Pp 4 – 12
- FERRIS, F., et al. 2007. *Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the international palliative wound care initiative*. Journal of Palliative Medicine. Vol 10, nº1, Pp 37 – 39
- FORD-DUNN, S. 2006. *Use of vacuum assisted closure therapy in the palliation of a malignant wound*. Palliative Medicine. 20, Pp 477-478
- GROCOTT, P. 2007. *Care of patients with fungating malignant wounds*. Nursing Standard. Londres. Vol 21 nº24, Pp 57-66
- GROCOTT, P., COWLEY S. 2001. *The palliative management of fungating malignant wounds – generalizing from multiple case study data using a system of reasoning*. International Journal of Nursins Studies. Vol 38, Pp 533-545
- HAISFIELD-WOLFE, ME., BAXENDALE- COX, LM. 1999, *Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study*. Oncology Nurs Forum. Vol 26, nº6, Pp 1055-1064
- HAISFIELD-WOLFE, ME, RUND, C. 1997. *Malignant cutaneous wounds: a management protocol*. Ostomy Wound Management. Vol 43, nº1, Pp 56-66
- HAYNES, J. 2008. *An overview of caring for those with palliative wounds*. Journal of community Nursing, Inglaterra. Dezembro, Pp24-30
- HAWTHORN, M. 2010. *Caring for a patient with a fungating malignant lesion in a hospice setting: reflecting on practice*. International Journal of Palliative Nursing. Reino Unido. Vol 16 nº2. Pp 70-76

BIBLIOGRAFIA

- IVECT, O., LYNE PA. 1990. *Fungating and ulcerating malignant lesions: a review of the literature*. Journal of Advanced Nursing. Vol 15, Pp 83-88
- KAKIMOTO, M., TOKITA, H. et al. 2010. *A Chemical hemostatic technique for bleeding from malignant wounds*. Journal of Palliative Medicine. Japão. Vol 13 nº1. Pp 11 -13
- KALINSKI, C., SCHNEPF, M., et al. 2005. *Effectiveness of a topical formulation containing metronidazol for wound odor and exudates control*. Wounds. Vol 17 nº4, Pp 84- 90
- LO, S., HU, W., et al. 2008. *Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study*. Journal of Clinical Nursing. 17, Pp 2699 – 2708
- LUND-NIELSEN, B., ADAMSEN, L., et al. 2011. *Qualitative bacteriology in malignant wounds – a prospective, randomized, clinical study to compare the effect of honey and silver dressings*. Ostomy Wound Management. Vol 57 nº7, Pp 28-36
- MAIDA, V., ENNIS, M., et al. 2009. *Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series*. Journal of Pain and Symptom Management. Toronto. Vol 37 nº2. Pp 206- 211.
- MCDONALD, A., LESAGE, P. 2006. *Palliative Mngement of pressure and malignant wounds in patients with advanced illness*. Nova Iorque. Vol 9, nº2, Pp 285 – 295
- NAYLOR, W. 2001. *Assessment and management of pain in fungating wounds*. British Journal of Nursing. Vol 10
- NAYLOR, W. 2003. *Palliative management of fungating wounds*. European Journal of Palliative Care. Vol 10, nº3, Pp83-88
- NOBLET, M. 2008. *Assessment of a fungating breast wound*. Practice Nursing. Manchester – Inglaterra. Vol 19 nº6. Pp 282 - 286

BIBLIOGRAFIA

- POLETTI, N., et al. 2002. *Feridas Malignas: uma revisão de literatura*. Revista Brasileira de Cancerologia . Brasil. Vol48, nº3, Pp411-417
- PROBST, S., ARBER, A., FAITHFULL, S. 2009. *Malignant fungating wounds: a suevey of nurses' clinical practice in Switzerland*. European Journal of Oncology Nursing. 13, Pp 295- 298
- SANTOS, C., PIMENTA, C., NOBRE, M. 2010. *A Systematic Review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds*. Journal of Pain and Symptom Management. São Paulo – Brasil. Vol 39 nº6. Pp 1065-1076
- SCHULTZ, G., SIBBALD, R., et al. 2003. *Wound bed preparation: a systematic approach to wound management*. Wound repair and regeneration. Vol 11 nº2, Pp 1- 28
- SEAMAN, S. 2006. *Management of malignant fungating wounds in advanced cancer*. Seminars in Oncology Nursing. La Mesa – Califórnia. Vol 22, nº3, Pp 185 – 193
- TRAN, Q., FANCHER, T. 2007. *Achieving Analgesia for Painful Ulcers, using topically applied morphine gel*. Journal Support Oncology. California. Vol 5 nº 6, Pp 289 – 293
- VOLLSTEDT, C. 2000. *Management of malignant malodorous wounds*. Journal of Hospice and Palliative Nursing. St Petersburg. Vol 2 nº1. Pp 28-30
- WARNKE, P., SHERRY, E. et al. 2005. *Antibacterial essential oils reduce tumor smell and inflammation in cancer patients*. Journal of Clinical Oncology. Vol 23 nº7, Pp 1588- 1589
- WEIRS, D. 2005. *Managing complex malignant wounds*. ACCNS Journal for Community Nurses. Sydney. Vol 10 nº3. Pp 21, 22
- WEST, D. 2007. *A palliative approach to the management of malodour from malignant fungating tumours*. International Journal of Palliative Nursing. Reino Unido. Vol 13 nº3. Pp 137 – 142
- WOO, K., SIBBALD, R. 2010. *Local wound care for malignant and palliative wounds*. Advances in Skin & Wound Care. Toronto. Setembro, Pp 417- 428



**BEM-HAJA
PELA VOSSA ATENÇÃO!**

Apêndice VI - Trabalho de Avaliação da Unidade Curricular

8

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

2.º CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS
ÉPOCA DE RECURSO

UNIDADE CURRICULAR 8 – TRABALHO DE EQUIPA E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
CUIDADOS PALIATIVOS

AVALIAÇÃO DA DOR



Magda Teresa Martins dos Santos

Castelo Branco, Julho de 2011

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
ESTRUTURA DO INDICADOR	3
Título: Avaliação da dor	3
Justificação	3
Avaliação Quantitativa	4
Vantagens/Pontos Fortes	4
Desvantagens/Pontos Débeis	5
Áreas a melhorar	5
Objectivos.....	5
Acções	5
Definição de termos	6
Método para calcular o standard	6
Fontes de Informação e/ou local de registo	6
Standard recomendado	6
BIBLIOGRAFIA.....	7

INTRODUÇÃO

No âmbito da *Unidade Curricular 8 – Trabalho de Equipa e Organização de Serviços de Cuidados Paliativos* do 2.º Semestre do 2.º Curso de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, e como forma de avaliação da referida Unidade Curricular, foi-nos proposta a realização de um Trabalho sobre Qualidade em Cuidados Paliativos através do desenvolvimento de um indicador de qualidade em Cuidados Paliativos com a respectiva fundamentação teórica sobre o tema escolhido.

Segundo a APCP (2006) todos os Serviços que prestem cuidados a doentes com doenças incuráveis e progressivas têm por missão satisfazer as necessidades dos doentes e famílias, respondendo de forma efectiva às necessidades identificadas, sendo a definição de critérios de qualidade crucial para a melhoria das práticas desenvolvidas, assim como para a uniformização de cuidados prestados. Também os Cuidados de Saúde Primários, onde exerço a minha actividade profissional, têm a seu cuidado muitos destes doentes em carácter domiciliário. Assim, considerando a realidade em que me movimento, acho de extrema importância a efectiva e correcta avaliação da dor pois, como defende a SECPAL (2002) o nosso principal objectivo deverá ser sempre a melhoria da qualidade de vida e do conforto do doente e sua respectiva família, sendo que a correcta identificação de necessidades e um correcto controlo sintomático, aliado a uma comunicação eficaz e a um trabalho desenvolvido em Equipa serão os pilares orientadores da nossa intervenção.

Assim, como foi referido, o presente trabalho será sobre a avaliação efectiva da dor enquanto factor determinante na prestação de cuidados e na correcta identificação de necessidades, como forma de melhorar a qualidade de vida do doente. O trabalho encontra-se dividido em duas partes, uma primeira em que se fundamenta a importância da avaliação da dor e uma segunda em que se define o indicador de qualidade em si e suas características.

ESTRUTURA DO INDICADOR

Título: Avaliação da dor

Justificação

A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo pelo que a melhor definição será sempre a de que dor é aquilo que o doente diz que sente (Serrano-Atero et al, 2002). Sapeta (2007) refere que a dor é uma experiência única, íntima e pessoal pelo que é impossível conhecermos de forma exacta a dor de outra pessoa. Contudo, a DGS (2003) instituiu a dor como 5.º sinal vital dada a sua importância e interferência na qualidade de vida do doente. A Ordem dos Enfermeiros (2008) também reitera a avaliação da dor como essencial para o seu alívio e controlo, recomendando várias linhas orientadoras para a sua avaliação como o facto da pessoa ser sempre a melhor avaliadora da sua dor, devendo-se dar espaço ao auto-relato, avaliar a dor regularmente, tendo por base uma história de dor do doente em que se incluam exame físico; características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de expressar/comunicar a dor; factores de alívio e de agravamento; estratégias de *coping*; implicações da dor no quotidiano; percepção da doença e da dor; impacto socioeconómico, espiritual e emocional; sintomas associados; medidas terapêuticas efectuadas e respectivos efeitos. Como forma de uniformizar procedimentos devem ser escolhidos instrumentos de avaliação da dor (Inventário Resumido da dor, por exemplo) consoante as características do doente e certificarmo-nos de que o mesmo entendeu o seu funcionamento ou, no caso de incapacidade para comunicar ou de défices cognitivos, optar pela utilização de escalas de hetero-avaliação (Escala Doloplus 2, por exemplo), sendo vital manter a mesma escala para o mesmo doente em todas as avaliações, registar todos os dados obtidos e decidir a melhor estratégia de intervenção com o doente, família e Equipa multidisciplinar. A avaliação da dor deve ser entendida como um processo multidimensional (Twycross, 2003) e, embora, como refere Gonçalves (2002) seja usual estes doentes terem mais que uma dor, cada uma deve ser avaliada de forma individual. Considerando que a falta de avaliação ou avaliação incorrecta da dor são as principais causas do insucesso num bom controlo e alívio da mesma, uma intervenção em Equipa e a integração do doente na Equipa como elemento activo no controlo da sua dor será a melhor forma de lhe proporcionar alívio e qualidade de vida (Watson et al, 2010).

Avaliação Quantitativa

A Avaliação da dor deverá ser considerada uma prioridade vital para quem presta cuidados, ainda mais em Cuidados Paliativos, sendo de extrema importância a sua avaliação e monitorização, assim como o registo dessa avaliação, pois só o seu correcto registo permitirá espelhar essa mesma avaliação.

Apesar da Circular Normativa da DGS N.º 09 DGCG de 14/06/2003 instituir a dor como sinal vital a ser avaliado, o que se constata nos Cuidados de Saúde Primários é que, muitas vezes, fica esquecido ou se é avaliado não é registada essa avaliação ou apenas se avalia a sua intensidade. Realidade que facilmente se constata no meu local de trabalho sendo que, actualmente, **apenas 20%** dos Profissionais avaliam apenas a intensidade da dor, o que é insuficiente e redutor. Assim, será de toda a relevância para a melhoria dos cuidados prestados mas, essencialmente, para um melhor controlo sintomático, a sua correcta e completa avaliação através de instrumento de avaliação pluridimensional, uma vez que este processo traz algumas vantagens.

Vantagens/Pontos Fortes

- Uniformização de cuidados, melhoria da qualidade dos registos e consequente melhoria na continuidade de cuidados
- Melhor articulação entre objectivos terapêuticos definidos e intervenções efectuadas
- Satisfação do doente pelo seu papel activo em todo o processo assim como melhor controlo sintomático
- Motivação

Apesar destas inúmeras vantagens, é necessário ter em conta que a aplicação destes instrumentos de avaliação poderão ter alguns inconvenientes/desvantagens.

Desvantagens/Pontos Débeis

- Aumento da carga de trabalho devido ao tempo que possam levar a preencher
- Dificuldade de comunicação com o doente que poderá não entender o instrumento de avaliação
- Dificuldade em operacionalizar a informação obtida para um eficaz controlo da dor
- Maior responsabilização pelas atitudes tomadas

Áreas a melhorar

Visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma das primeiras acções a realizar será:

- A sensibilização dos Enfermeiros e Médicos de Família para a importância da avaliação da dor
- Melhorar os registos no Processo Clínico do doente
- Identificar se a analgesia prescrita está a ser eficaz ou inadequada à real situação clínica do doente.

Objectivos

- Melhorar a avaliação e registos dos episódios de dor
- Ponderar a criação de um Protocolo

Acções

Curto Prazo: promover espaços de debate e de formação sobre o tema “Dor”, sua avaliação e registos, capacitando os Profissionais para um melhor desempenho das suas funções, assim como analisar registos para discussão de casos e aspectos a melhorar (4 meses)

Médio Prazo: auditoria aos processos clínicos, confrontação de resultados com a Equipa; elaboração de posters/cartazes informativos e de fácil consulta para colocação no Serviço e criação do Protocolo de Avaliação da Dor (pretende-se, desta forma que, concluídas as acções a curto prazo, a avaliação de dor registada nos processos clínicos de doentes tenha aumentado em 50%, no espaço de 6 meses)

Longo Prazo: formação na área da dor (com periodicidade anual) e manter as reuniões de Equipa para actualização e reformulação de objectivos

Definição de termos

- Auto-relato: a pessoa refere a dor que está a sentir e como a experiencia
- Avaliar: processo através do qual se pode calcular a medida em que os objectivos estabelecidos foram atingidos
- Dor: experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão
- Registar: dar visibilidade (escrevendo neste caso) a algo observado ou referido

Método para calcular o standard

Número de doentes com avaliação de dor por dia (Cuidados de Saúde Primários)

Número total de doentes

Fontes de Informação e/ou local de registo

Como forma de avaliação dos objectivos propostos será necessário consultar os processos clínicos em janelas de tempo de 4 e 6 meses, para uma primeira avaliação, e de um ano para as avaliações seguintes por forma a identificar os doentes que referiram dor e cujo registo foi efectuado.

Standard recomendado

Curto Prazo: 50%

Médio Prazo: 60%

Longo Prazo: 80% a 4 anos (aumentos graduais anuais de 10%)

A implementação de metodologias para uma efectiva e correcta avaliação e monitorização da dor dos nossos doentes será um contributo muito positivo para prestar melhores cuidados, tanto aos doentes como suas famílias, pretendendo alcançar a excelência cuidativa com um alto padrão de qualidade.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Critérios de qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2006. 19 pp. [Citado em 26 de Maio de 2011 – 20:45]. Disponível em URL:

http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor* [pdf]. Circular Normativa N.º 09/DGCG. 14/06/2003. [Citado em 29 de Maio de 2011 – 17:45]. Disponível em URL:

<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

GONÇALVES, F. 2002. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. [Citado em 26 de Maio de 2011 – 21:30]. Disponível em URL:

http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.

SAPETA, P. 2007. “Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos”. *Revista Dor*. N.º 15. Pp. 16-21.

SERRANO-ATERO, M. et al. 2002. “Valoración del dolor (II)”. *Revista Soc. Esp. Dolor*. N.º 9. Pp. 109–121.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos* [Word]. Edit. Gomez-Batiste et al. 2002. 26pp.

TWYXCROSS, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.ª Edição. 207 pp.

WATSON, M. et al. 2010. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press. 2.ª Edição. 1035 pp.

Apêndice VII - Planeamento da Sessão de E.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS
1.º MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

“Avaliação da Dor”



Projecto de Intervenção dirigido à Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados na Comunidade de E.

Magda Teresa Martins dos Santos

E., Julho de 2012

PLANEAMENTO DA SESSÃO

A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo pelo que a melhor definição será sempre a de que dor é aquilo que o doente diz que sente (Serrano-Atero et al, 2002). Sapeta (2007) refere que a dor é uma experiência única, íntima e pessoal pelo que é impossível conhecermos de forma exacta a dor de outra pessoa. A avaliação da dor deve ser entendida como um processo multidimensional (Twycross, 2003) e, embora, como refere Gonçalves (2002) seja usual estes doentes terem mais que uma dor, cada uma deve ser avaliada de forma individual.

Cicely Saunders identificou outros factores importantes que podem influenciar a experiência de dor, tendo desenvolvido o conceito de “dor total” (Watson et al, 2010).

Dor total pode ser entendida como uma combinação de factores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que actuam sobre a pessoa na sua totalidade. Esta impõe uma abordagem multidisciplinar que consiga, nomeadamente, tratar a dor com competência técnico-científica; valorar o sofrimento emocional e estabelecer intervenções adequadas; preservar/reconstruir os laços sociais e familiares e pacificar as perturbações espirituais que a pessoa refira e para as quais solicite ajuda. O objectivo será o de transformar a situação de dor total em bem-estar e qualidade de vida aceitáveis para o doente e família (Serrão, 2005).

Considerando que a falta de avaliação ou avaliação incorrecta da dor são as principais causas do insucesso num bom controlo e alívio da mesma, uma intervenção em Equipa e a integração do doente na Equipa como elemento activo no controlo da sua dor será a melhor forma de lhe proporcionar alívio e qualidade de vida (Watson et al, 2010).

Um dos objectivos primordiais da filosofia dos Cuidados Paliativos é a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Esta passará pelo controlo e alívio de sintomas. Para alcançar este propósito será de toda a relevância que exista um plano estruturado de intervenção para controlo de sintomas, neste caso o sintoma a avaliar e aliviar será a dor. Deverá haver um registo criterioso das avaliações, intervenções e estratégias adoptadas por forma a sistematizar e organizar os cuidados prestados e mais facilmente avaliar a eficácia do plano delineado, permitindo a continuidade de cuidados, avaliação do processo de cuidar, implementação de melhorias e o desenvolvimento de projectos de investigação.

Novos objectivos terapêuticos terão de ser formulados, nomeadamente, o controlo da dor, a diminuição do sofrimento (em todas as suas dimensões) e a humanização dos cuidados prestados. O processo de doença deverá ser encarado como algo pessoal, individual e familiar que necessitará duma intervenção personalizada na procura da melhor estratégia terapêutica e lidando com os sentimentos e emoções dos doentes e famílias, assim como do próprio Profissional (Pereira e Lopes, 2005).

Não só se pretende melhorar a qualidade de vida do doente mas também aliviar o seu sofrimento, seja ele físico, psicológico, espiritual, social ou outro. De facto, o sofrimento é algo complexo e único para quem o vivencia, exigindo uma abordagem global e em Equipa multidisciplinar (Sapeta,

2011). Para se poder compreender o sofrimento do doente e sua família, a comunicação representará um papel crucial já que abre via à exposição e partilha de sentimentos, dúvidas, preocupações e anseios. Para podermos intervir de forma sustentada teremos, antes de mais, de saber quais os objectivos ou motivações do doente e sua família, para assim podermos delinear, em conjunto, a melhor estratégia de intervenção. A formação e treino de perícias de comunicação será vital para o sucesso das intervenções. Se não conseguirmos identificar a fonte de sofrimento do doente ou da sua família, seremos incapazes de dar uma resposta adequada e integral aos mesmos.

A Avaliação da dor deverá ser considerada uma prioridade vital para quem presta cuidados, ainda mais em Cuidados Paliativos, sendo de extrema importância a sua avaliação e monitorização, assim como o registo dessa avaliação, pois só o seu correcto registo permitirá espelhar essa mesma avaliação.

Apesar da Circular Normativa da Direcção Geral da Saúde N.º 09 DGCG de 14/06/2003 instituir a dor como sinal vital a ser avaliado, o que se constata é que, muitas vezes, fica esquecido ou se é avaliado não é registada essa avaliação ou apenas se avalia a sua intensidade. Assim, será de toda a relevância para a melhoria dos cuidados prestados mas, essencialmente, para um melhor controlo sintomático, a sua correcta e completa avaliação através de instrumento de avaliação pluridimensional. Seguindo as recomendações para a Prática Profissional dos Enfermeiros emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, a dor deverá ser avaliada seguindo alguns critérios, nomeadamente:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação;
- Avaliar de forma regular e sistemática, desde o 1.º contacto, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com os protocolos da instituição;
- Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros:
 - Exame físico;
 - Descrição das características da dor: localização, qualidade, intensidade, duração, frequência;
 - Formas de comunicar a dor/expressões de dor;
 - Factores de alívio e de agravamento;
 - Estratégias de coping;
 - Implicações da dor nas actividades de vida;
 - Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor;
 - Sintomas associados;
 - Uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Escolher instrumentos de avaliação da dor tendo em conta o tipo de dor, idade, situação clínica;
- Avaliar a intensidade da dor utilizando instrumentos de auto-avaliação;
- Assegurar a compreensão dos instrumentos/escalas pela pessoa.

(Adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2008, Pp. 13)

Como forma de uniformizar procedimentos devem ser escolhidos instrumentos de avaliação da dor consoante as características do doente e certificarmo-nos de que o mesmo entendeu o seu funcionamento ou, no caso de incapacidade para comunicar ou de défices cognitivos, optar pela utilização de escalas de hetero-avaliação, sendo vital manter a mesma escala para o mesmo doente em todas as avaliações, registar todos os dados obtidos e decidir a melhor estratégia de intervenção com o doente, família e Equipa multidisciplinar. Através da utilização sistemática de instrumentos de avaliação pretendemos tornar mais objectivo algo que é eminentemente subjectivo, a dor (Rodrigues et al, 2006).

Assim, a efectiva e correcta avaliação da dor será um contributo muito positivo para prestar melhores cuidados pois, como defende a SECPAL (2002) o nosso principal objectivo deverá ser sempre a melhoria da qualidade de vida e do conforto do doente e sua respectiva família, sendo que a correcta identificação de necessidades e um correcto controlo sintomático, aliado a uma comunicação eficaz e a um trabalho desenvolvido em Equipa serão os pilares orientadores da nossa intervenção.

Entidade Formadora

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco no âmbito do 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

Tema

Avaliação da Dor

Formador

Enfermeira Magda Santos – Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções no Serviço de Urgência Básica de E.

Destinatários

Profissionais de Saúde da Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados na Comunidade de E.

Objectivos

Objectivo Geral

- *Avaliar a dor em todas as suas dimensões, enquanto 5.º Sinal Vital (como preconizado na Circular Normativa da Direcção Geral da Saúde N.º 09 DGCG de 14/06/2003)*

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Reconhecer a importância da avaliação da dor como contributo para a melhoria dos cuidados prestados;

- Utilizar os conhecimentos adquiridos como conduta orientadora face ao doente e sua família;
- Implementar a avaliação objectiva e sistemática da dor através de escalas de avaliação da dor.

Conteúdos

A – A Dor

- Conceitos de Dor e Dor Total;
- Princípios da Avaliação e Controlo da Dor.

B – Escalas de Avaliação de Dor

- Vantagens e desvantagens da sua utilização;
- Identificação das principais Escalas de Avaliação de Dor.

C – Protocolo de Avaliação de Dor

- Proposta de folha de Registo de Avaliação de Dor.

Duração

Data – 03/07/2012

Carga Horária – 1 Hora

Horário – 16h às 17h

Local – Sala de Reuniões da Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz

Estratégias/Metodologia

Formação em Serviço recorrendo ao Método expositivo-interactivo, demonstrativo e interrogativo. Apresentação de conteúdos em formato PowerPoint, partilha de opiniões, dúvidas ou casos que os formandos tenham vivenciado.

Referências Bibliográficas

BERTAGNOLLI, A. 2005. “Dor: 5.º Sinal Vital”. Revista Patient Care. Volume 10. N.º 102. Pp. 71-83.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor* [pdf]. Circular Normativa N.º 09/DGCG. 14/06/2003. [Consultado a 03 de Junho de 2012 – 10:51]. Disponível em URL:

<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Orientações Técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa* [pdf]. Orientação Técnica 015/2010. 14/12/2010. [Consultado a 03 de Junho de 2012 – 11:33] Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>

GONÇALVES, J. F. 2002. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. [Consultado a 03 de Junho de 2012 – 14:23]. Disponível em URL: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde – Europa. 2004. 32 pp. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.

PAYNE, S. et al. 2004. *Palliative Care Nursing – Principles and evidence for practice*. Glasgow. Open University Press. 791 pp.

PEREIRA, M.; LOPES, C. 2005. *O doente oncológico e sua família*. Lisboa. Climepsi Editores. 2ª Edição. 146 pp.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. 2005. “Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor”. *Arquivo Ciências da Saúde*. N.º 12 (1). Pp. 50-54.

RITTO, A. 2005. “Dor – 5.º Sinal Vital, do Projecto à Realidade, a longa caminhada...”. *Revista Enfermagem*. N.º 39. Pp. 5-9.

RODRIGUES, C. et al. 2006. “A Experiência de um Projecto de Intervenção: A Dor”. *Revista Nursing, Edição Portuguesa*. Ano 16. N.º 211. Pp. 7-10.

SAPETA, P. 2007. “Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos”. *Revista Dor*. N.º 15. Pp. 16-21.

SAPETA, P. 2011. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.

SERRANO-ATERO, M. et al. 2002. “Valoración del dolor (II)”. *Revista Soc. Esp. Dolor*. N.º 9. Pp. 109–121.

SERRÃO, D. *Os Cuidados Paliativos* [html]. 2005. [Consultado a 28 de Maio de 2012 – 18:06]. Disponível em URL: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197>

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2001. 51 pp.

Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>

TWYXCROSS, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.^a Edição. 207 pp.

WATSON, M. et al. 2010. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press. 2.^a Edição. 1035 pp.

Apêndice VIII - Apresentação Powerpoint da Sessão de E.



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

AVALIAÇÃO DA DOR



Magda Santos

E Julho de 2012

OBJECTIVOS

Objectivo Geral

- Avaliar a dor em todas as suas dimensões, enquanto 5.º Sinal Vital.

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Reconhecer a importância da avaliação da dor como contributo para a melhoria dos cuidados prestados;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como conduta orientadora face ao doente e sua família;
- Implementar a avaliação objectiva e sistemática da dor através de escalas de avaliação da dor.

SUMÁRIO

A Dor

- Conceitos de Dor e Dor Total;
- Princípios da Avaliação e Controlo da Dor.

Escalas de Avaliação de Dor

- Vantagens e desvantagens da sua utilização;
- Identificação das principais Escalas de Avaliação de Dor.

Protocolo de Avaliação de Dor

- Proposta de folha de Registo de Avaliação de Dor.



DOR

(...) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

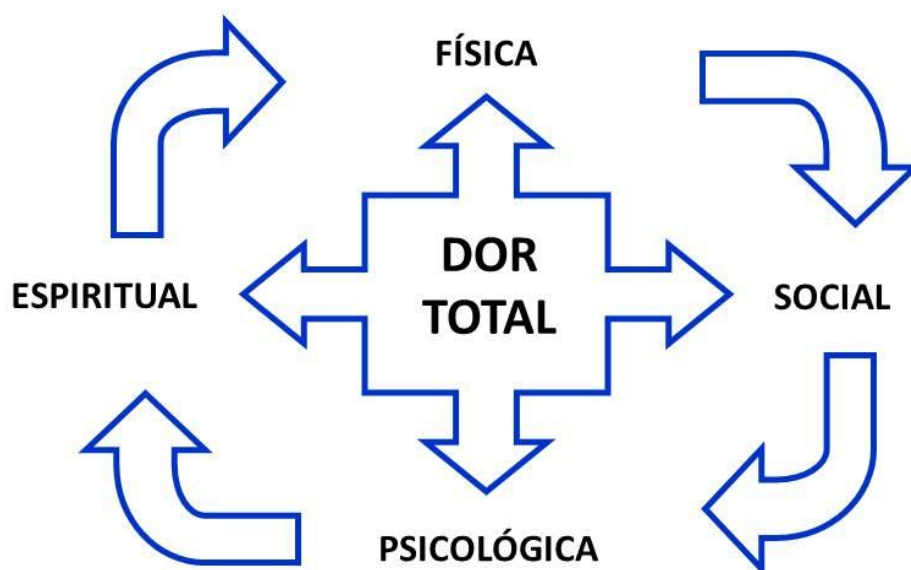
(IASP, 2006)

(...) Dor é aquilo que o doente diz que sente.

(Serrano-Atero *et al*, 2002)



DOR TOTAL



(Watson *et al*, 2010)

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
2. A dor é uma experiência subjectiva, multidimensional, única e dinâmica;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;
4. A percepção e expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

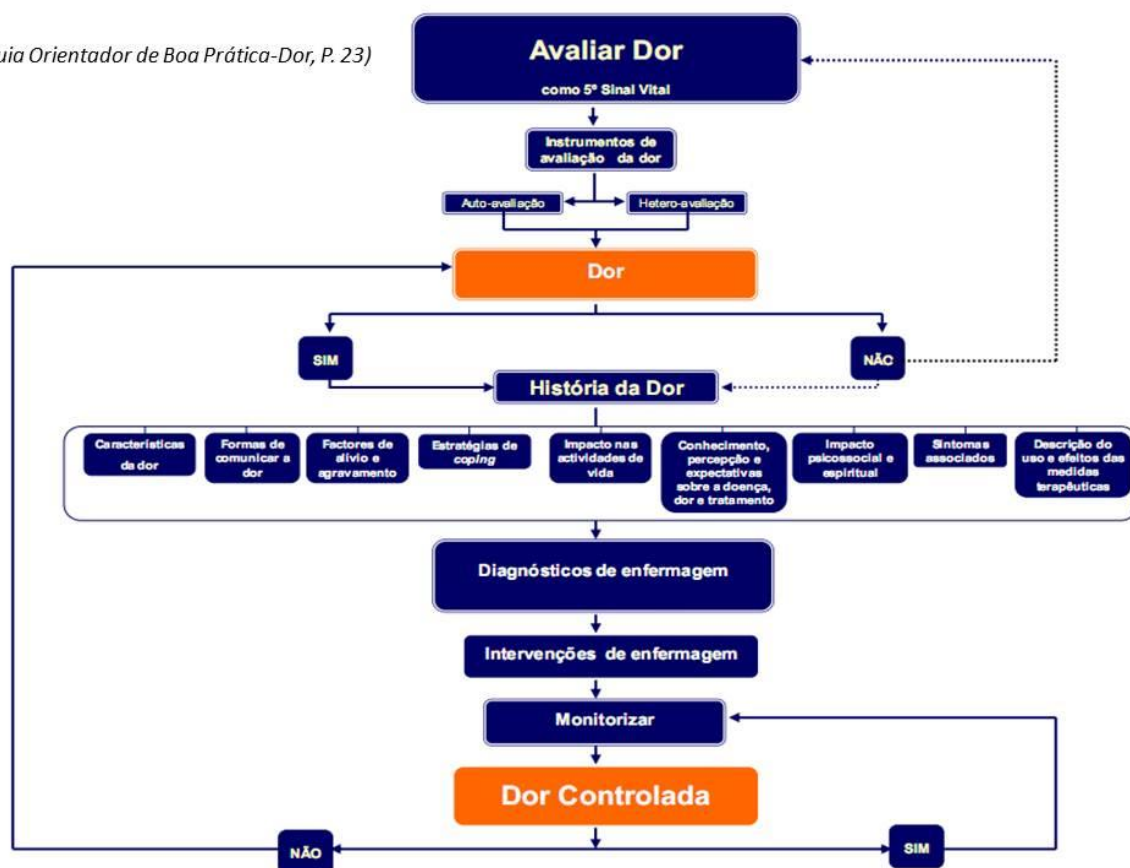
6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
8. Os cuidadores principais e a família são parceiros activos no controlo da dor;
9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

11. Os Enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
12. Os Enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;
13. Os Enfermeiros têm responsabilidade em se articular com outros Profissionais de Saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas do controlo da dor;
14. Os Enfermeiros devem defender a mudança das políticas e a alocação de recursos que sustentam o controlo efectivo da dor.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

(Guia Orientador de Boa Prática-Dor, P. 23)



DOR: 5.º SINAL VITAL

“ A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.

O controlo eficaz da Dor é um dever dos Profissionais de Saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.

A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos Profissionais de Saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.”

(DGS, 2003)

DOR: 5.º SINAL VITAL

A DGS (2003) considerou como “norma de boa prática”:

- 1. O registo sistemático da intensidade da Dor.
- 2. A utilização para mensuração da **intensidade** da Dor, de uma das seguintes escalas: “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.
- 3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

- Valorização, caracterização e registo da experiência de Dor;
- Deve ser de fácil aplicabilidade e adequar-se ao nível de compreensão de cada doente;
- A Escala utilizada para determinado doente deve ser sempre a mesma;
- Ensino prévio relativo à utilização da Escala, Profissional deve assegurar que o doente compreenda o significado e modo de utilização da mesma;
- A intensidade da dor registada é sempre correspondente ao momento da sua avaliação.

(Ritto, 2005)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

VANTAGENS:

- Uniformização de cuidados, melhoria da qualidade dos registos e consequente melhoria na continuidade de cuidados;
- Melhor articulação entre objectivos terapêuticos definidos e intervenções efectuadas;
- Satisfação do doente pelo seu papel activo em todo o processo assim como
- melhor controlo sintomático;
- Motivação;
- Satisfação profissional dos Enfermeiros.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

DESVANTAGENS:

- Aumento da carga de trabalho devido ao tempo que possam levar a preencher;
- Dificuldade de comunicação com o doente que poderá não entender o instrumento de avaliação;
- Dificuldade em operacionalizar a informação obtida para um eficaz controlo da dor;
- Maior responsabilização pelas atitudes tomadas.

ESCALAS DE INTENSIDADE DE DOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Sem Dor _____ Dor Máxima
Sem Dor _____ X _____ X _____ X _____ Dor Máxima

- Método de referência para doentes com mais de 3 anos de idade;
- Instrumento sólido, sensível, útil para reavaliar a dor no mesmo indivíduo em diferentes ocasiões;
- 10 – 20% dos doentes não a entendem.

ESCALAS DE INTENSIDADE DE DOR

ESCALA NUMÉRICA (EN)

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------



- Pode ser apresentada ao doente na vertical ou horizontal;
- Útil nos casos de dificuldade de compreensão da EVA.

ESCALAS DE INTENSIDADE DE DOR

ESCALA DESCRITIVA VERBAL OU QUALITATIVA

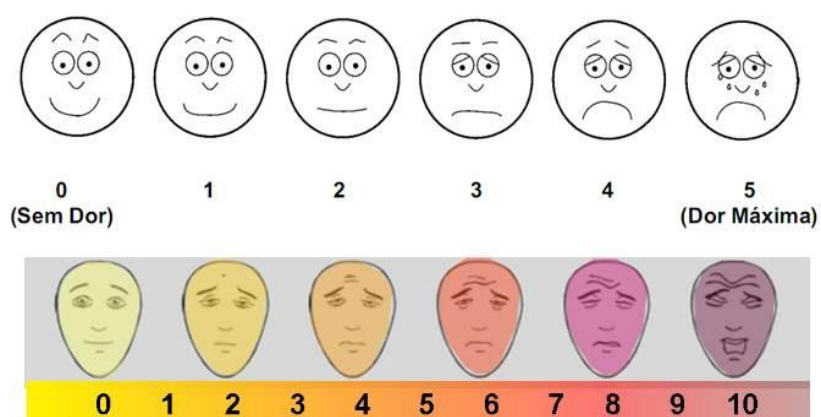
Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Sem Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Insuportável
---------	----------	--------------	-------------	------------------

- Descrição da intensidade da dor através de palavras simples;
- Útil nos casos de dificuldade de compreensão da EVA e EN.

ESCALAS DE INTENSIDADE DE DOR

ESCALA DE FACES



- Classificação da intensidade da dor de acordo com a mímica representada em cada face.

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA NÃO VERBAL

- A auto-avaliação pode estar comprometida;
- Em doentes incapazes de verbalizar, valorizar as alterações comportamentais e cognitivas e as possíveis manifestações de dor em repouso, em movimento e durante os cuidados e estar atento a outros indicadores:
 - Expressão facial;
 - Movimentos Corporais;
 - Verbalizações ou vocalizações;
 - Alteração das relações interpessoais;
 - Alteração do estado mental.

(DGS, 2010)

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA NÃO VERBAL

- Procurar causas potenciais de dor, patologias, procedimentos ou alterações de comportamento;
- Inquirir sobre terapêuticas analgésicas instituídas e respectiva resposta;
- Ter em atenção que nas pessoas idosas outros termos como mal-estar, sofrimento, magoado, podem significar presença de dor;
- Solicitar a participação de familiares e/ou cuidadores para a avaliação da dor;
- Ter em atenção que as alterações fisiológicas podem não significar dor e que a presença de dor pode ocorrer sem alteração de sinais vitais;
- Efectuar periodicamente a reavaliação do idoso, bem como os registos dos métodos de avaliação e dos indicadores de dor;
- Assumir por norma a presença de dor e se houver apenas indicadores de dor efectuar uma prova terapêutica.

(DGS, 2010)

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA IDOSA



(OT 015/2010 da DGS)

ESCALAS DE HETERO-AVALIAÇÃO

- Quando o auto-relato não pode ser obtido, deve-se utilizar uma Escala de Hetero-Avaliação;
- Utilização em pessoas não verbais (Idoso com alterações cognitivas e doença psiquiátrica profunda) e em Recém-nascidos e Criança Pré-verbal;
 - Doloplus 2;
 - Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI);
 - Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).

ESCALAS DE HETERO-AVALIAÇÃO

A CONSIDERAR:

- Adultos doentes ou que apresentem demência correm maior risco de não diagnóstico de dor, logo não tratamento da mesma;
- A terapêutica analgésica tende a ser administrada com menor frequência;
- Qualquer procedimento que provoque dor numa pessoa sem défices, provocará dor numa pessoa não verbal;
- A família e/ou cuidador são importantes na identificação de comportamentos rel/c dor na pessoa incapaz de comunicar.

ESCALA DOLOPLUS 2

ESCALA DOLOPLUS						
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA						
APELIDO.....NOME PRÓPRIO SERVIÇO.....					DATAS	
Observação comportamental						
REPERCUSSÃO SOMÁTICA						
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0	
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1	
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2	
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3	
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0	
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1	
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2	
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3	
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0	
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1	
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2	
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3	
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0	
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1	
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2	
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3	
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0	
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1	
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2	
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3	

ESCALA DOLOPLUS 2

REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT				PONTUAÇÃO	
Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hírdina Guarda					

ESCALA CNPI

Lista de Indicadores Não Verbais

	Com Movimento	Repouso
Queixas vocais - a expressão verbal da dor demonstrada por gemidos, grunhidos, gritos, suspiros		
Esgar e contracção facial – franzir testa, queixo caído, dentes cerrados, lábios franzidos, expressão distorcida.		
Contracção - segurar ou prender grades laterais, cama, tabuleiro ou mesa ou zona afectada durante o movimento.		
Inquietude - intermitente ou constante mudança de posição, incapacidade permanecer calmo, movimento de balançar, movimento da mão intermitente ou constante.		
Movimento de fricção – massajar área afectada		
Queixas vocais - expressão verbal, usando palavras de dor, por exemplo, "ai" ou "que dói", praguejar durante o movimento ou exclamações de protesto, por exemplo, "stop" ou "isso é suficiente".		
Pontuação Total		

ESCALA PAINAD

Avaliação da Dor na Demência Avançada

	0	1	2	Resultado
Respirar Independente de vocalização	Normal	Ocasional respiração difícil. Período curto de hiperventilação	Respiração ruidosa e difícil. Longo período de hiperventilação. Oscilação lenta entre a hiperventilação e hipoventilação, intercalados com períodos de apneia,	
Vocalização Negativa	Nenhuma	Lamento ou gemido ocasional. Baixo nível de fala com qualidade negativa de desaprovação	Chamar inquietante repetido Gemidos e lamentos acentuados Choro	
Expressão Facial	Sorrindo, ou inexpressivo	Triste assustado carrancudo	Esgares faciais	
Linguagem Corporal	Relaxado	Tenso. Estimulação dolorosa Inquieto	Rígido Punhos cerrados, Joelhos puxados para cima. Agarrar ou empurrar Agredir	
Consolo	Não necessita de ser consolado	Distraído ou tranquilizado por voz ou toque	Incapaz de consolo, distrair ou tranquilizar	
TOTAL				

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- As orientações por escrito são importantes por permitirem a padronização dos Cuidados de Enfermagem e por serem fonte de consulta no caso de dúvidas;
- É importante desenvolver campanhas de consciencialização e de formação que alertem para a necessidade e vantagens associadas à correcta avaliação da dor;
- Avaliar a dor é essencial para o seu alívio. Compreender o impacto da dor na vida diária de quem a sente é o primeiro passo para a sua resolução. O rigor e a sistemática introduzida no processo de cuidados determina a sua eficácia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

(...) No processo de recolha de dados os conhecimentos e as habilidades do Enfermeiro assumem um papel central. De facto, quanto mais conhecedor o enfermeiro for, maior a possibilidade de formular perguntas pertinentes; quanto mais ouvinte for, maior a eficácia na apreensão do significado; quanto mais sensível for, maior e melhor será a capacidade de detectar as relações entre os dados recolhidos e mais rigorosa será a avaliação. A identificação da necessidade em cuidados determina a decisão pelas intervenções mais ajustadas. A implementação das intervenções planeadas contribuirão para a consecução do propósito básico dos cuidados de enfermagem: o controlo da dor (...)

(OBSERVDOR, 2010)

SUGESTÕES

- Continuar a esgrimir contra concepções criadas e enraizadas na nossa Sociedade e nos Enfermeiros;
- Manter o processo de formação contínua e procura do crescimento profissional;
- Disponibilidade para futuras cooperações em Acções de Formação ou outros Projectos que enriqueçam a Enfermagem.

(...) praticar Enfermagem não significa apenas ser um bom técnico, mas acima de tudo, (...) estabelecer boas relações humanas, sendo justo, promovendo o bem e principalmente respeitando o “outro”, como fim em si e não, meio para.

(Rodrigues et al, 2006)

BIBLIOGRAFIA

- BERTAGNOLLI, A. 2005. "Dor: 5.º Sinal Vital". Revista Patient Care. Volume 10. N.º 102. Pp. 71-83.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor* [pdf]. Circular Normativa N.º 09/DGCG. 14/06/2003. [Consultado a 03 de Junho de 2012 – 10:51]. Disponível em URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Orientações Técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa* [pdf]. Orientação Técnica 015/2010. 14/12/2010. [Consultado a 03 de Junho de 2012 – 11:33] Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>
- GONÇALVES, J. F. 2002. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. [Consultado a 03 de Junho de 2012 – 14:23]. Disponível em URL: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde – Europa. 2004. 32 pp. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.
- PAYNE, S. et al. 2004. *Palliative Care Nursing – Principles and evidence for practice*. Glasgow. Open University Press. 791 pp.
- PEREIRA, M.; LOPES, C. 2005. *O doente oncológico e sua família*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.ª Edição. 146 pp.

BIBLIOGRAFIA

- RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. 2005. "Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor". Arquivo Ciências da Saúde. N.º 12 (1). Pp. 50-54.
- RITTO, A. 2005. "Dor – 5.º Sinal Vital, do Projecto à Realidade, a longa caminhada...". Revista Enfermagem. N.º 39. Pp. 5-9.
- RODRIGUES, C. et al. 2006. "A Experiência de um Projecto de Intervenção: A Dor". Revista Nursing, Edição Portuguesa. Ano 16. N.º 211. Pp. 7-10.
- SAPETA, P. 2007. "Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos". Revista Dor. N.º 15. Pp. 16-21.
- SAPETA, P. 2011. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.
- SERRANO-ATERO, M. et al. 2002. "Valoración del dolor (II)". Revista Soc. Esp. Dolor. N.º 9. Pp. 109–121.
- SERRÃO, D. *Os Cuidados Paliativos* [html]. 2005. [Consultado a 28 de Maio de 2012 – 18:06]. Disponível em URL: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197>
- SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2001. 51 pp. Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
- TWYLCROSS, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.ª Edição. 207 pp.
- WATSON, M. et al. 2010. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press. 2.ª Edição. 1035 pp.



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

**BEM-HAJA
PELA VOSSA ATENÇÃO!**

Apêndice IX - Proposta de Folha de Registo de Avaliação da Dor

Unidade de Cuidados na Comunidade de
Equipa de Cuidados Continuados Integrados de

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR

N.º de Processo: _____

DADOS DO UTENTE

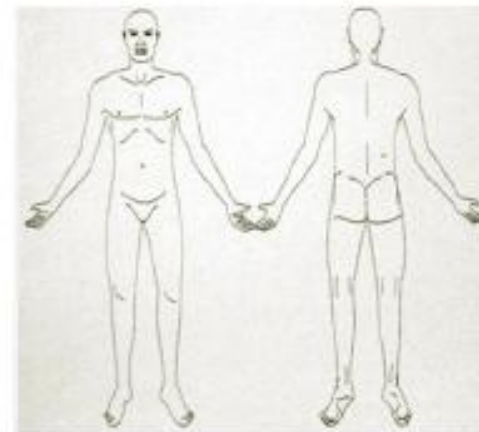
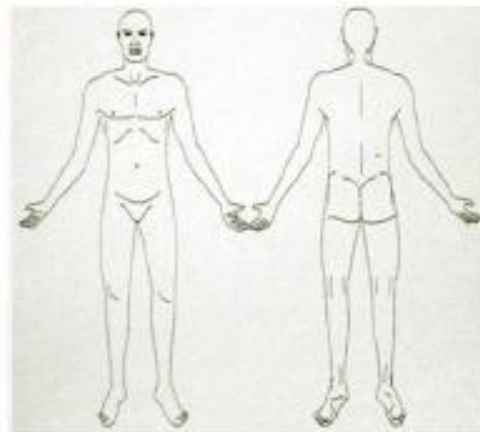
N.º de Utente: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____

Diagnóstico(s) Principal(ais): _____

Médico de Família: _____ Enfermeiro de Família: _____

LOCALIZAÇÃO DA DOR



INTENSIDADE DA DOR

Data									
Dor 1	Basal								
	Irruptivo								
Dor 2	Basal								
	Irruptivo								
Dor 3	Basal								
	Irruptivo								
Dor 4	Basal								
	Irruptivo								

CARACTERIZAÇÃO DA DOR

Início (data; agudo ou insidioso):
Frequência (todo o dia, intermitente):

Tipo/Qualidade da Dor (pontada, queimadura, cólica...):
Factores de Alívio:
Factores de Agravamento:
Terapêutica analgésica já instituída e efeito da mesma:
Sintomas associados (insónias, anorexia...):

O Enfermeiro _____

____/____/____

Apêndice X - Protocolo de Actuação para Avaliação da Dor

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC: _____	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 1 de 15

1. Objectivos

- Assinalar a importância da valorização, avaliação e do alívio da dor como importantes contributos para o bem-estar, dignidade, conforto e qualidade de vida do doente/família.
- Reconhecer, à luz dos actuais conhecimentos científicos, de que o doente tem um papel activo na avaliação da dor e no estabelecimento do seu Plano de Cuidados.
- Implementar um conjunto de linhas orientadoras para a avaliação da dor, baseado nas Boas Práticas.
- Implementar a avaliação objectiva e sistemática da dor, enquanto 5.º Sinal Vital.

2. Aplicação

- Unidade de Cuidados na Comunidade de _____ : Equipa de Cuidados Continuados Integrados de _____

3. Referências Bibliográficas

- BERTAGNOLLI, A. 2005. "Dor: 5.º Sinal Vital". Revista Patient Care. Volume 10. N.º 102. Pp. 71-83.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor* [pdf]. Circular Normativa N.º 09/DGCG. 14/06/2003. Disponível em URL: <http://www.nyos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Orientações Técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa* [pdf]. Orientação Técnica 015/2010. 14/12/2010. Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>
- GONÇALVES, J. F. 2002. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 2 de 15

- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. Disponível em URL: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde – Europa. 2004. 32 pp. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.
- PAYNE, S. et al. 2004. *Palliative Care Nursing – Principles and evidence for practice*. Glasgow. Open University Press. 791 pp.
- PEREIRA, M.; LOPES, C. 2005. *O doente oncológico e sua família*. Lisboa. Climepsi Editores. 2ª Edição. 146 pp.
- RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. 2005. “Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor”. *Arquivo Ciências da Saúde*. N.º 12 (1). Pp. 50-54.
- RITTO, A. 2005. “Dor – 5.º Sinal Vital, do Projecto à Realidade, a longa caminhada...”. *Revista Enfermagem*. N.º 39. Pp. 5-9.
- RODRIGUES, C. et al. 2006. “A Experiência de um Projecto de Intervenção: A Dor”. *Revista Nursing, Edição Portuguesa*. Ano 16. N.º 211. Pp. 7-10.
- SAPETA, P. 2007. “Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos”. *Revista Dor*. N.º 15. Pp. 16-21.
- SAPETA, P. 2011. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.
- SERRANO-ATERO, M. et al. 2002. “Valoración del dolor (II)”. *Revista Soc. Esp. Dolor*. N.º 9. Pp. 109-121.
- SERRÃO, D. *Os Cuidados Paliativos* [html]. 2005. Disponível em URL: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197>

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC: _____	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 3 de 15

- SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2001. 51 pp. Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
- TWYXCROSS, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.ª Edição. 207 pp.
- WATSON, M. et al. 2010. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press. 2.ª Edição. 1035 pp.

4. Conceptualização

A IASP¹ (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo pelo que a melhor definição será sempre a de que dor é aquilo que o doente diz que sente (Serrano-Atero et al. 2002). Sapeta (2007) refere que a dor é uma experiência única, íntima e pessoal pelo que é impossível conhecermos de forma exacta a dor de outra pessoa. A avaliação da dor deve ser entendida como um processo multidimensional (Twycross, 2003) e, embora, como refere Gonçalves (2002) seja usual estes doentes terem mais que uma dor, cada uma deve ser avaliada de forma individual.

Cicely Saunders identificou outros factores importantes que podem influenciar a experiência de dor, tendo desenvolvido o conceito de “dor total” (Watson et al. 2010). Dor total pode ser entendida como uma combinação de factores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que actuam sobre a pessoa na sua totalidade. Esta impõe uma abordagem multidisciplinar que consiga, nomeadamente, tratar a dor com competência técnico-científica; valorar o sofrimento emocional e estabelecer intervenções adequadas;

¹ IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 4 de 15

preservar/reconstruir os laços sociais e familiares e pacificar as perturbações espirituais que a pessoa refira e para as quais solicite ajuda. O objectivo será o de transformar a situação de dor total em bem-estar e qualidade de vida aceitáveis para o doente e família (Serrão, 2005).

Considerando que a falta de avaliação ou avaliação incorrecta da dor são as principais causas do insucesso num bom controlo e alívio da mesma, uma intervenção em Equipa e a integração do doente na Equipa como elemento activo no controlo da sua dor será a melhor forma de lhe proporcionar alívio e qualidade de vida (Watson et al, 2010).

Um dos objectivos primordiais da filosofia dos Cuidados Paliativos é a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Esta passará pelo controlo e alívio de sintomas. Para alcançar este propósito será de toda a relevância que exista um plano estruturado de intervenção para controlo de sintomas, neste caso o sintoma a avaliar e aliviar será a dor. Deverá haver um registo criterioso das avaliações, intervenções e estratégias adoptadas por forma a sistematizar e organizar os cuidados prestados e mais facilmente avaliar a eficácia do plano delineado, permitindo a continuidade de cuidados, avaliação do processo de cuidar, implementação de melhorias e o desenvolvimento de projectos de investigação.

Novos objectivos terapêuticos terão de ser formulados, nomeadamente, o controlo da dor, a diminuição do sofrimento (em todas as suas dimensões) e a humanização dos cuidados prestados. O processo de doença deverá ser encarado como algo pessoal, individual e familiar que necessitará duma intervenção personalizada na procura da melhor estratégia terapêutica e lidando com os sentimentos e emoções dos doentes e famílias, assim como do próprio Profissional (Pereira e Lopes, 2005).

Não só se pretende melhorar a qualidade de vida do doente mas também aliviar o seu sofrimento, seja ele físico, psicológico, espiritual, social ou outro. De facto, o sofrimento é algo complexo e único para quem o vivencia, exigindo uma abordagem global e em Equipa multidisciplinar (Sapeta, 2011). Para se poder compreender o sofrimento do doente e sua família, a comunicação representará um papel crucial já que

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC: _____	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 5 de 15

abre via à exposição e partilha de sentimentos, dúvidas, preocupações e anseios. Para podermos intervir de forma sustentada teremos, antes de mais, de saber quais os objectivos ou motivações do doente e sua família, para assim podermos delinear, em conjunto, a melhor estratégia de intervenção. A formação e treino de perícias de comunicação será vital para o sucesso das intervenções. Se não conseguirmos identificar a fonte de sofrimento do doente ou da sua família, seremos incapazes de dar uma resposta adequada e integral aos mesmos.

A Avaliação da dor deverá ser considerada uma prioridade vital para quem presta cuidados, ainda mais em Cuidados Paliativos, sendo de extrema importância a sua avaliação e monitorização, assim como o registo dessa avaliação, pois só o seu correcto registo permitirá espelhar essa mesma avaliação.

Apesar da Circular Normativa da Direcção Geral da Saúde N.º 09 DGCG de 14/06/2003 instituir a dor como sinal vital a ser avaliado, o que se constata é que, muitas vezes, fica esquecido ou se é avaliado não é registada essa avaliação ou apenas se avalia a sua intensidade. Assim, será de toda a relevância para a melhoria dos cuidados prestados mas, essencialmente, para um melhor controlo sintomático, a sua correcta e completa avaliação através de instrumento de avaliação pluridimensional.

Como forma de uniformizar procedimentos devem ser escolhidos instrumentos de avaliação da dor consoante as características do doente e certificarmo-nos de que o mesmo entendeu o seu funcionamento ou, no caso de incapacidade para comunicar ou de défices cognitivos, optar pela utilização de escalas de hetero-avaliação, sendo vital manter a mesma escala para o mesmo doente em todas as avaliações, registar todos os dados obtidos e decidir a melhor estratégia de intervenção com o doente, família e Equipa multidisciplinar. Através da utilização sistemática de instrumentos de avaliação pretendemos tornar mais objectivo algo que é eminentemente subjectivo, a dor (Rodrigues et al, 2006).

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC _____	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 6 de 15

Assim, a efectiva e correcta avaliação da dor será um contributo muito positivo para prestar melhores cuidados pois, como defende a SECPAL² (2002) o nosso principal objectivo deverá ser sempre a melhoria da qualidade de vida e do conforto do doente e sua respectiva família, sendo que a correcta identificação de necessidades e um correcto controlo sintomático, aliado a uma comunicação eficaz e a um trabalho desenvolvido em Equipa serão os pilares orientadores da nossa intervenção.

5. Responsabilidades

Tipo de documento	Elaboração/Modificação	Aprovação	Distribuição/Divulgação	Responsável pelo cumprimento
Normativo	Magda Santos			

6. Procedimento

A Direcção-Geral da Saúde (2003) considerou como “norma de boa prática”:

1. O registo sistemático da intensidade da Dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas: “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Seguindo as recomendações para a Prática Profissional dos Enfermeiros emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, a dor deverá ser avaliada seguindo alguns critérios, nomeadamente:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;

² SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC: _____	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 7 de 15

- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação;
- Avaliar de forma regular e sistemática, desde o 1.º contacto, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com os protocolos da instituição;
- Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros:
 1. Exame físico;
 2. Descrição das características da dor: localização, qualidade, intensidade, duração, frequência;
 3. Formas de comunicar a dor/expressões de dor;
 4. Factores de alívio e de agravamento;
 5. Estratégias de coping;
 6. Implicações da dor nas actividades de vida;
 7. Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor;
 8. Sintomas associados;
 9. Uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Escolher instrumentos de avaliação da dor tendo em conta o tipo de dor, idade, situação clínica;
- Avaliar a intensidade da dor utilizando instrumentos de auto-avaliação;
- Assegurar a compreensão dos instrumentos/escalas pela pessoa;
- Avaliar a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, utilizando escalas de hetero-avaliação;
- Manter a mesma Escala de Intensidade em todas as avaliações;
- Ensinar o cuidador principal/familiar sobre o uso de instrumentos de avaliação da dor e respectivo registo.

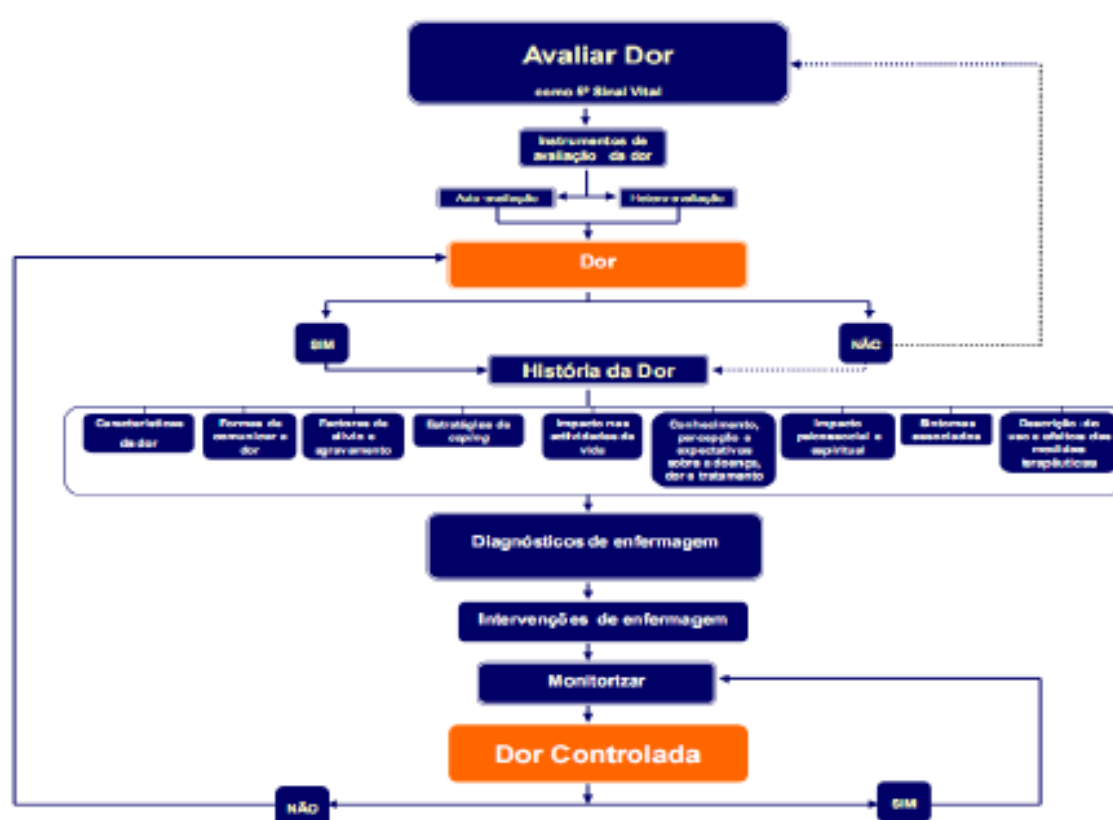
(Adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2008, Pp. 13)

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 8 de 15

7. Anexos

ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR



(Guia Orientador de Boa Prática – Dor da Ordem dos Enfermeiros, P. 23)

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC: _____	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 9 de 15

ESCALAS DE INTENSIDADE DA DOR**Escala Visual Analógica (EVA)**

Sem Dor _____ Dor Máxima

Escala Numérica (EN)

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Escala Descritiva Verbal ou Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

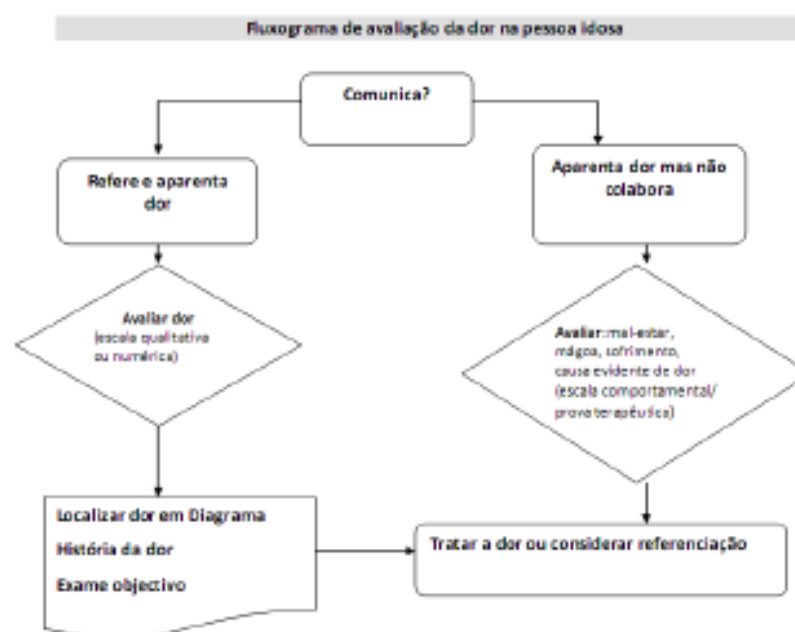
Escala de Faces

					
0 (Sem Dor)	1	2	3	4	5 (Dor Máxima)

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC	Edição: 1	Revisão: 0	Páginas: 10 de 15

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA NÃO VERBAL



(Orientação Técnica 015/2010 da Direcção-Geral da Saúde, P.11)

Escalas de Hetero-avaliação da Dor

Quando o auto-relato não pode ser obtido, deve-se utilizar uma Escala de Hetero-Avaliação. O uso destas Escalas ocorre em pessoas não verbais (Idoso com alterações cognitivas e doença psiquiátrica profunda) e em Recém-nascidos e Criança Pré-verbal.

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC: _____	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 11 de 15

Escala Doloplus 2

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELLIDO: _____ NOME PRÓPRIO: _____		DATAS			
SERVIÇO: _____		Observação comportamental			
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	- ausência de queixas	0	0	0	0
	- queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	- queixas esporádicas ocasionais	2	2	2	2
	- queixas esporádicas contínuas	3	3	3	3
2. Posturas antálgicas em repouso	- ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	- o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	- posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	- posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Manutenção de zonas dolorosas	- ausência de protecção	0	0	0	0
	- protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	- protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	- protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	- mímica habitual	0	0	0	0
	- mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	- mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	- mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (tônica, rígida, other hard)	3	3	3	3
5. Sono	- sono habitual	0	0	0	0
	- dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	- despertar frequente (agitado noturno)	2	2	2	2
	- insónia com repercussão nos tempos de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestuário	- capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	- capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	- capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	- higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	- capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	- capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	- capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	- movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	- sem alteração	0	0	0	0
	- interrompida (o indivíduo crê a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	- diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	- ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	- participação habitual nas diferentes actividades (releções, actividades recreativas, actividades terapêuticas, ...)	0	0	0	0
	- participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	- recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	- recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	- comportamento habitual	0	0	0	0
	- alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	- alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	- alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT: Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos • Fevereiro 2005 • Herculina Guerra		PONTUAÇÃO			

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
UCC: _____	Edição: 1	Revisão: 0	Página: 12 de 15

Escala CNPI – Lista de Indicadores Não Verbais

	Com Movimento	Repouso
Queixas vocais - a expressão verbal da dor demonstrada por gemidos, grunhidos, gritos, suspiros		
Esgar e contração facial – franzir testa, queixo caído, dentes cerrados, lábios franzidos, expressão distorcida.		
Contração - segurar ou prender grades laterais, cama, tabuleiro ou mesa ou zona afectada durante o movimento.		
Inquietude - intermitente ou constante mudança de posição, incapacidade permanecer calmo, movimento de balançar, movimento da mão intermitente ou constante.		
Movimento de fricção – massajar área afectada		
Queixas vocais - expressão verbal, usando palavras de dor, por exemplo, "ai" ou "que dói", praguejar durante o movimento ou exclamações de protesto, por exemplo, "stop" ou "isso é suficiente".		
Pontuação Total		

Escala PAINAD – Avaliação da Dor na Demência Avançada

	0	1	2	Resultado
Respirar Independente de vocalização	Normal	Ocasional respiração difícil. Período curto de hiperventilação	Respiração ruidosa e difícil. Longo período de hiperventilação. Oscilação lenta entre a hiperventilação e hipoventilação, intercalados com períodos de apnéia.	
Vocalização Negativa	Nenhuma	Lamento ou gemido ocasional. Baixo nível de fala com qualidade negativa de desaprovação	Chamar inquietante repetido. Gemidos e lamentos acentuados. Choro	
Expressão Facial	Sorrindo, ou inexpressivo	Triste assustado contrariado	Esgaras faciais	
Linguagem Corporal	Relaxado	Tenso. Estimulação dolorosa inquieto	Rígido. Punhos cerrados, dedos apertados para cima. Agarrar ou empurrar. Agredir	
Consolo	Não necessita de ser consolado	Distraído ou tranquilizado por voz ou toque	Incapaz de consolo, distrair ou tranquilizar	
TOTAL				

Elaborado por: Magda Santos	Carimbo:	Aprovado por:
Data: 03/07/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
CCP: _____	Fólio: 1	Revista: 1	Página 13 de 13

Unidade de Cuidados na Comunidade de
Região de Cuidados Continuados Integrados de

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR

DADOS DO UTENTE

N.º de Processo: _____ N.º de Utente: _____
 Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____
 Diagnóstico(s) Principal(is): _____
 História da Dor: _____ Evolução da Dor: _____

LOCALIZAÇÃO DA DOR



Elaborado por: Magda Santos	Carimbo	Aprovado por:
Data: 04/03/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
DOO: _____	Módulo: 1	Exercício: 1	Página: 1 de 1

DETERMINAÇÃO DA DOR

Data									
Dia 1	Resol								
	Tempora								
Dia 2	Resol								
	Tempora								
Dia 3	Resol								
	Tempora								
Dia 4	Resol								
	Tempora								

CARACTERIZAÇÃO DA DOR

Intens (NRC, escala ou medida):
Frequência (hora e dia, intervalaria):

Elaborado por: Magda Santos	Circulo:	Aprovado por:
Data: 05/01/2012		Data:

		PROTOCOLO ACTUAÇÃO	
		Avaliação da Dor	
USOC _____	Região 1	Região 2	Página 11 de 11

Tipo/Qualidade da Dor (pontada, queimadura, cólica...): Factores de Alívio: Factores de Agravamento: Terapêutica analgésica já instituída e efeito da mesma: Sintomatologia associada (náuseas, anorexia...):
--

O Enfermeiro _____

Assinatura

Data: 05/03/2012

Data: _____

Apêndice XI - Folha de Avaliação da Sessão de E.



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

ACÇÃO DE FORMAÇÃO

“Avaliação da Dor”

Assinale com um **X** a afirmação que corresponde melhor à realidade por si vivenciada durante esta acção de formação.

(NS) Não Satisfaz; (SP) Satisfaz Pouco; (S) Satisfaz; (B) Bom; (MB) Muito Bom

	NS	SP	S	B	MB
Esta acção de formação correspondeu às suas expectativas?					
Considerou a acção de formação útil?					
Os objectivos traçados eram claros?					
O conteúdo da acção de formação foi adequado à função que desempenha?					
A acção de formação estava bem estruturada?					
Os conhecimentos adquiridos têm aplicação prática?					
Os conteúdos foram expostos de forma adequada?					
Como classifica, na globalidade, a pertinência dos temas abordados?					

Bem-Haja pela sua Participação!

E., 03 de Julho de 2012

Magda Santos